

# **Den nyutdannede sykepleierens opplevelser som nyansatt i sykehuset**

av  
Grethe Heidi Bjerga

**Mastergradsoppgave i profesjonsetikk**

**Universitetet i Oslo. Det teologiske fakultet.**

**Veileder: Stipendiat, sosiolog Nina Olsvold**

**Høsten 2006**

### **Takk til:**

Jeg ønsker å takke de som har vært med å bidratt til at oppgaven ble mulig å gjennomføre:

Jeg vil rette en stor takk til mine ni informanter som sa seg villige til å la seg intervju og som var villige til å dele sine opplevelser og erfaringer.

Jeg takker min veileder: Nina Olsvold for gode, kritiske innspill og for nye teoretiske perspektiver og nyttig teori.

## FORORD

<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	3
RELEVANTE BEGREP .....	6
OPPGAVENS FORSKNINGSMESSIGE KONTEKST.....	7
<b>2 OPPGAVENS TEORETISKE FUNDAMENT .....</b>	<b>9</b>
PRESENTASJON AV AKTUELL LITTERATUR .....	9
HISTORISK OG KULTURELT GRUNNLAG FOR UTVIKLINGEN AV DEN MODERNE SYKEPLEIE .....	10
UTVIKLINGEN AV DEN KVINNELIGE OMSORGSHABITUS, SETT I LYS AV KJØNN OG BOURDIEUS BEGREP HABITUS OG KAPITAL .....	12
SYKEHUSET ORGANISERT SOM BYRÅKRATISK EKSPERTORGANISASJON .....	16
LIVSVERDEN OG SYSTEMVERDEN.....	18
<b>3 PRESENTASJON AV METODE .....</b>	<b>20</b>
ULIKE VITENSKAPSSYN SOM BAKGRUNN FOR VALG AV METODE.....	20
DET KVALITATIVE INTERVJUET .....	22
GJENNOMFØRING AV EGEN UNDERSØKELSE .....	24
<i>Utvalg</i> .....	24
<i>Innpass i forskningsfeltet</i> .....	25
<i>Intervjusituasjonen</i> .....	26
<i>Transkribering</i> .....	27
<i>Etiske overveielser</i> .....	28
ANALYSERING AV MATERIALET .....	29
<i>Valg av analysemetode: systematisk tekstkondensering</i> .....	29
<i>Gjennomføring av analysen</i> .....	30
<b>4 DEN NYUTDANNEDE SYKEPLEIERENS OPPLEVELSER I ARBEIDET PÅ EN AVDELING .....</b>	<b>33</b>
VERDIER OG IDEALER HOS DEN NYUTDANNEDE SYKEPLEIER .....	33
VERDIER OG IDEALER I ENDRING.....	37
OPPLEVELSER OG ERFARINGER SOM NYUTDANNET SYKEPLEIER .....	38

SAMMENDRAG .....	43
<b>5 SYKEHUSET SOM ORGANISASJON OG ARBEIDETS ORGANISERING .....</b>	<b>45</b>
UTALLIGE ARBEIDSOPPGAVER SOM SKAL UTFØRES EFFEKTIVT .....	45
HVILKEN OPPFØLGING FIKK DEN NYE SYKEPLEIEREN ? .....	49
SAMMENDRAG .....	55
<b>6 SYKEPLEIERENS POSISJON KNYTTET TIL MORALSK ANSVAR OG.....</b>	<b>56</b>
<b>MORALSK STRESS .....</b>	<b>56</b>
SAMARBEID MED ANDRE YRKESGRUPPER .....	56
TO HISTORIER OM SYKEPLEIERENS POSISJON, MORAL OG ANSVAR .....	59
SAMMENDRAG .....	63
<b>7 DISKUSJON.....</b>	<b>64</b>
SOSIALISERING OG DISIPLINERING - EN ENDRINGSPROSESS .....	64
”HABITUSJUSTERING” .....	67
SYKEPLEIEREN SOM BUFFER I ORGANISASJONEN.....	72
HVERDAGEN DISIPLINERER ?.....	75
ØNSKE OM OG BEHOV FOR OPPFØLGING OG SAMTALER.....	76
SYKEPLEIEREN POSISJON, MORALSK ANSVAR OG MORALSK STRESS/ FORTVILELSE .....	79
SAMMENDRAG .....	83
<b>8 AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....</b>	<b>86</b>
EN BEDRE INNFØRING I SYKEPLEIERENS YRKESROLLE .....	89
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>92</b>
<b>VEDLEGG</b>	
1: SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET	
2: INFORMASJON TIL INFORMANTEN	
3: INTERVJUGUIDE	
4: INFORMERT SAMTYKKE	

# 1 Innledning

## Bakgrunn for tema og problemstilling

Min egen erfaring som sykepleier gjennom mange år, har gitt meg et særskilt innblikk i sykepleierens hverdag. Hverdagen til de nyutdannede sykepleierne er preget av høyt arbeidstempo og utallige arbeidsoppgaver. I en slik situasjon legges fokus på å mestre hverdagen, på rutinemessige prosedyrer og teoretisk kunnskap om sykdommer. Et uttrykk man ofte hører på de ulike avdelinger er *"jeg kom i mål i dag,"* eller det motsatte, *"jeg kommer aldri i mål"*. Uttrykket oppstår ut fra sykepleierens egne og avdelingenes forventninger. Det handler om at man skal ha utført diverse arbeidsoppgaver, slik at avdelingen flyter, hvilket innebærer at rutiner blir fulgt. Rutinene består blant annet i at pasienten får stelt seg før frokost og at medisiner blir gitt til rett tid. Krav til sykepleieren er at hun skal være klar til legevisitten, skrive rapport og deretter gi rapport til påfølgende vaktskift. Timene og dagene fylles opp av rutine, med den konsekvens at det blir liten eller ingen tid til å stoppe opp og reflektere over egen yrkesutøvelse og dilemmaer i tilknytning til denne.

Sykepleierrollen kan betegnes som todelt idet man fungerer som legens assistent, samtidig med at man skal skikke sin egen selvstendige yrkesfunksjon, hvor den helhetlige pleien, og møte med pasienten og pårørende især vektlegges. I sykepleierstudie arbeider man for en bevisstgjøring av menneskesyn og den ovennevnte helhetlige sykepleie. Det betyr at man som sykepleier skal ivareta pasientens psykiske, fysiske og sosiale, såvel som åndelige behov. Dette er i tråd med at utdanningsplanen og annen forskning innenfor sykepleie endrer seg mot slutten av 70-tallet. Søkelyset rettes mot modeller og teorier som benyttes innenfor felt som kommunikasjon, pedagogikk, psykologi og sosiologi. Fokuset legges på mellommenneskelige relasjoner i en etterhvert fenomenologisk orientert sykepleie som tar høyde for Den Andres subjektivitet, ønsker, behov og mening (Vike 2002).

Som nyutdannet sykepleier har man forventninger til å mestre de ulike rollene, både som legens assistent og som utøvende sykepleier. Informantene som gis en stemme i denne oppgaven, forteller om høye idealer og beskriver hvordan de opplever møtet med virkeligheten som konfliktfylt i forhold til idealene. Som veileder for sykepleiere og

sykepleierstudenter møter jeg situasjoner som gjør meg nysgjerrig på hvordan arbeidsfeltet faktisk oppleves for den nyutdannede sykepleieren. Mange sykepleierstudenter har eksempelvis uttrykt bekymring for det å skulle bli ferdig med studiene og søke jobb. En student i praksis beskrev situasjonen på denne måten:

*Når man som nyutdannet sykepleier skal finne sin rolle på arbeidsplassen er jeg litt bekymret for at det skal føles litt konfliktfylt. Jeg håper at jeg greier å balansere mellom skolens idealer og de realitetene som vil møte én ute i arbeidslivet. Jeg blir nødt til å begrunne mine handlinger, og ønsker å holde fast på mine egne verdier. Hvis man da er i stand til å fungere både i samsvar med arbeidsstedets normer og regler, skolens idealer og sine egne vil det være optimalt. Dersom man til stadighet opplever å måtte avvise idealene som ikke lar seg bruke i virkeligheten, eller blir likegyldig, tror jeg det er lett å bli utkjørt. Det må finnes en gyllen middelvei mellom det å leve etter skolens idealer og med virkelighetens. Jeg håper at jeg klarer å finne denne middelveien. Dette må til for mitt velbefinnende psykisk og fysisk (Gjengitt med tillatelse fra studenten).*

Det foreligger krav til ledelsen i helseforetaket om å holde sykehusbudsjettene i balanse. I praksis vil det si å spare penger, være lønnsomme og effektive. En direkte konsekvens av dette er diskusjoner om hva sykehuset tjener mest penger på, som igjen vil ha innflytelse på verdiene man styrer etter. Over tid vil dette kunne føre til en kamp mellom økonomiske produksjonsverdier og de humanistiske verdier, der pasienten, mennesket, er det viktigste. Avanserte teknikker og prosedyrer, økt dokumentasjon og utvidede behandlingsmuligheter, som fører til sammensatte og vanskelige problemstillinger hos pasientene, stiller stadig større krav til sykepleieren og påvirker sykepleierens hverdag.

Disse dilemmaene er representative for den hverdag som danner rammen rundt den nyutdannede sykepleier, som strever med å definere sin yrkesrolle. Opplevelsene og erfaringene den nyutdannede sykepleieren gjør i sitt arbeid er viktige og påvirker dannelsen av yrkesrollen. Det er i arbeidet på en avdeling den nyutdannede kjenner på glede, som en følge av mestring; men også der hun møter angsten, ved å gå inn i vanskelige dilemmaer og utfordrende situasjoner. Hvordan sykehuset er organisert har betydning og påvirker sykepleieren i sitt arbeid. Det er da naturlig å studere rutiner og arbeidsoppgaver, samt normer og regler på avdelingen.

Problemstillingen som den foreliggende oppgave tar sikte på å besvare, oppstår da det er ønskelig å kartlegge faktorer som påvirker sykepleieren og hennes nye yrkesrolle.

### **Hvordan opplever den nyutdannede sykepleier sin yrkesrolle i et sykehus?**

Formålet med oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan arbeidet på avdelingen oppleves fra den nyutdannede sykepleierens side, samtidig med at den ønsker å belyse hva som har innflytelse på dannelsen av den enkelte sykepleierens yrkesrolle. Aktuelle begrep som diskuteres er sosialisering og disiplinering. Disse defineres ytterligere under relevante begrep. Samtidig vil oppfølgingen av de nyutdannede ved avdelingen belyses, for å kunne avdekke mulige sammenhenger mellom oppfølgingen, avdelingsarbeid, sykehusets organisering og dannelsen av yrkesrollen. Kunnskaper om dette vil gi økt bevisstgjøring rundt dette tema, men vil også kunne avdekke til nå ubelyste områder innenfor dette feltet. Kanskje bør den nyutdannede sykepleierens yrkesstart være annerledes enn den er i dag?

#### **Mine forskningsspørsmål er:**

Hva forteller nyutdannede sykepleiere om sin arbeidshverdag ?

Hvilken oppfølging får sykepleieren som nyansatt ?

Hvilke idealer hadde sykepleierne med seg inn i yrket, og har disse endret seg ?

Hvilke oppgaver vektlegger sykepleierne ?

Man observerer at nyutdannede sykepleiere stiller få spørsmål til det etablerte og utfordrer arbeidsfeltet lite, noe man kan undre seg over. Fører påvirkning fra kolleger og sykehuset som organisasjon til en sosialisering, i ytterste grad til en disiplinering, av den nyutdannede innen denne rekke å stille spørsmål? Selv er jeg av den oppfatning at sykehuskulturen, med rutiner og organisering er så og si lik slik den var når jeg selv startet som nyutdannet ved sykehuset, tidlig på 80-tallet. Videre er utskiftningen på vanlige avdelinger markant. Mange slutter i yrket, andre forlater de vanlige avdelingene til fordel for spesialavdelinger. De mest erfarne sykepleierne på avdelingene har dermed arbeidet i tre til fire år. Det kan virke som om sykehuset har en tradisjon for ovennevnte arbeidsforhold. Trenden er at sengepost-avdelingene har få sykepleiere med lang erfaring. Er de ”unge” avdelingene i stand til å skape

en trygg ramme rundt den nyutdannede sykepleieren, og gi henne den erfaringen hun trenger for å finne sin identitet som utøver?

Min personlige motivasjon, som danner bakgrunn for denne oppgaven, er mine erfaringer som sykepleier og veileder, både for studenter og sykepleiere gjennom flere år. I et sykehusmiljø kan det oppleves som tøft å være ny. Ofte er det tilfeldigheter som bestemmer om erfaringen blir god eller dårlig. Erfaringene vil sannsynligvis ha betydning for den nyutdannedes dannelse som fagperson og hennes fremtidige fartstid i yrket.

## Relevante begrep

*Avdelingens arbeid* eller *arbeidsfeltet* betegner arbeidsoppgaver og rutiner, med andre ord den daglige driften knyttet til sykepleierrollen på medisinske/kirurgiske avdelinger i et sykehus.

Begrepet *organisasjon* benyttes om sykehuset som institusjon, hvilken måte man organiserer seg på, i ulike avdelinger knyttet til diagnose eller sykdommer, som for eksempel mage-/tarm avdeling. I begrepet inkluderes også arbeidet i avdelingen. Sykehuset er beskrevet som en byråkratisk ekspertorganisasjon i boken til T. Strand: *Ledelse, organisasjon og kultur* (2001). Kjennetegn på byråkrati er et tydelig autoritetshierarki med spesialisering av oppgaver. Arbeidsmåtene er preget av formalisering og skriftlighet. Ekspertorganisering er preget av fagspesialisering og fagautonomi, som vil si at de ansatte har stor autonomi i sin yrkesutøvelse (Strand 2001).

*Sosialisering* henviser til prosessen med å finne sin yrkesrolle som sykepleier i en avdeling på et sykehus. En slik prosess innebærer en innføring og internalisering av holdninger, normer, verdier og arbeidsmetoder, slik at sykepleieren kan mestre sitt arbeid.

*Disiplinering* skal forstås som en prosess der en forsøker å endre menneskers atferd og liv til noe som er tilpasset gjeldende moralsk rådende normer. Den franske psykolog og filosof Michel Foucault er opptatt av en moderne form for disiplinering. Man blir, ifølge sistnevnte, disiplinert til en indre kontroll eller selvkontroll, som sørger for at hver enkelt kontrollerer seg selv i møte med dominerende normer. Disiplinering skjer gjennom diskurs, påpeker Foucault, og taler videre for at alle handlinger må forstås som en diskurs. Diskurs er maktstrategier som former og preger handlingen, og finner sitt uttrykk i små hendelser i det praktiske liv. Den



rådende samtalen, de aksepterte diskusjonene på avdelingen, mønsteret som preger avdelingsmøtet, er alle eksempler på såkalte diskurser. Det endelige målet for maktdiskursene er ofte disiplinering og kontroll (Wyller 2005).

Goldmann foklarer *dannelse* som en indre personlig utvikling mot en større menneskelighet der man ”*skaper seg selv i seg selv*”. Utgangspunktet for dannelsesprosjektet er den enkeltes personlige unikhet og originalitet. Gjennom en indre harmonisering av ytre mangfold utvikler den personlige egenarten seg og vokser til en helhet. Idealet er en balanse mellom egen utvikling og selvhevdelse, og samtidig være en del av en helhet i overensstemmelse mellom individ og samfunn (c.f.: Sørhaug 2004:147). Dannelsesidealet henger sammen med samfunnsutviklingen og ulike interesser og forventninger i samfunnet (Nylehn, Støkken 2002).

DRG-poeng: DRG- står for diagnose relaterte grupper. Systemet innebærer at det skal være mulig å anslå hva ulike kategorier av pasienter og behandling koster sykehuset, og hvilke inntekter det kan gi. Foruten hoveddiagnose og eventuell bi-diagnose, har faktorer som kjønn, alder, operasjonskode og utskrivingsstatus betydning (Vike 2002). DRG er et verktøy for å prise en pasient, utifra hvilken diagnose pasienten får. Sykehuset får penger over årets budsjett utifra hvor mange DRG- poeng man har klart å samle forrige år (Haukelien 2000).

ISF står for *Innsatsstyrt finansiering*. Grunnlaget for innføringen var ”krise ” i helsevesenet på 90-tallet, og sykehuskøene vokste. Det var en antagelse om at det fantes kapasitetsreserver ved for eksempel operasjonsstuer og røntgenavdeling. Hensikten var å øke behandlingsaktiviteten, slik at man kunne behandle flere pasienter. Cirka femti prosent av budsjettet skulle dekkes gjennom inntekter basert på egen aktivitet (Vike 2002).

## **Oppgavens forskningsmessige kontekst**

Jeg baserer min undersøkelse på andres empiriske forskning som jeg vil presentere under.

Boken *Maktens samvittighet* (Vike 2002) er sentral i oppgaven. Vikes forskningsprosjekt og teoretiske perspektiver brukes i analysen av mine funn i oppgaven. *Maktens samvittighet* er et resultat av et delprosjekt under makt- og demokratiutredningen. Sosialantropolog Halvard Vike er hovedforfatter av boken. I 1999 fikk han i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse om

kjennetegn ved lokalpolitiske prosesser. Han har sammen med flere andre utført en rekke feltarbeid i to ulike kommuner og i et sykehus. Boken beskriver desentralisering av dilemma i velferdstaten, fra det sentrale nivå til det lokale og konkrete, og hvordan dette oppleves for de som arbeider ”på bakken”. Vikes begrep ”ansvarsoversvømmelse” benyttes til å belyse mine funn i intervjuene, i forhold til det informantene beskriver som ...*mangel på grenser for egen yrkessituasjon*, i en oppgavefokustert hverdag. Vikes (2002) funn diskuteres også i forhold til den kvinnelige omsorgshabitus, et begrep som også blir sentralt i den foreliggende oppgaven.

Sykepleierforskeren Tine Rask Eriksen har skrevet både bøker og artikler som jeg har benyttet meg av i oppgaven. Sentralt i hennes arbeid er fokus på sykepleierutdannelsens innhold og utvikling, samt de systemer som det moderne sykehus representerer. I boken: *Omsorg i forandring* (1992) har hun blant annet forsket og fokusert på hvordan jenter, gjennom en kvinnelig omsorgskultur utvikler, en omsorgshabitus. Det vil være både en indre og en ytre påvirkning av sykepleierne i deres møte med arbeidsfeltet. Hennes arbeid har utvidet min forståelse av begrepet omsorgshabitus, hvor kjønn spiller en avgjørende rolle. Sosialisering og disiplinering er nærliggende og aktuelle begrep å belyse i forhold til hennes synspunkt.

Havn og Vedi’s rapport: *På dybt vann* (1997) presenterer sine resultater fra en undersøkelse om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost.” *Prosjektets hovedmålsetting var å kartlegge nyutdannede sykepleieres kompetanse i forhold til kompetansekrav de møter som nyansatte sykepleiere ved medisinske og kirurgiske sengeposter på somatiske sykehus*” (Havn,Vedi 1997). Utvalget på informantene var 18 nyutdannede sykepleiere og 8 avdelingssykepleiere ved to sykehus. Rapporten diskuterer bakgrunnen og konsekvensene av funnene. Arbeidssituasjon og arbeidsoppgaver er sentrale tema i min oppgave. Havn og Vedi’s (1997) funn i forhold til oppfølging av den nyutdannede sykepleieren understøtter mine funn om det samme tema. Rapporten diskuterer om utdanningskompetansen er god nok. Det er et spørsmål som mine informanter også kommer inn på, og som er et sentralt tema til videre diskusjon og forskning. I min oppgave vektlegges og diskuteres ikke spørsmålet ytterligere.

I artikkelen *Perceptions of Responses to Moral Distress* av sykepleier og masterkandidat K. M. Gutierrez (2005) diskuteres og belyses resultatene av kvalitative intervju av 12 sykepleiere under temaene, *moral conflicts, moral judgment and moral distress*. I

forskningsprosjektet identifiserer hun ulike moralske konflikter som sykepleieren opplever i sitt arbeid på et sykehus, samt de konsekvensene det kan få i forhold til moralsk fortvilelse/stress. Hun avslutter artikkelen med flere anbefalinger til måter å arbeide med disse problemene på i en sykehuspraksis. Jeg vil beskrive dem nærmere i oppgavens avslutningskommentarer.

## **2 Oppgavens teoretiske fundament**

Jeg vil presentere litteratur som er benyttet i oppgaven. Sentrale perspektiv som diskuteres er kjønn, dannelse og organisasjon. Kapittel 2 er delt inn i fire tema, der jeg redegjør for de viktigste begrepene og de teoretiske perspektivene som benyttes i oppgaven. Første tema er det historiske og kulturelle grunnlaget for utviklingen av den moderne sykepleie, der Bakkens bok *Modermordet* (2001) er sentral. Del to handler om utviklingen av den kvinnelige omsorgshabitus, og ses i lys av kjønn og habitusbegrepet. Jeg redegjør for Bourdieus habitus- og kapitalbegrep. I del tre beskriver jeg kjennetegn ved organiseringen av sykehus, ut i fra Strands (2001) benevnelse, byråkratisk ekspertorganisasjon. Organiseringen av sykehuset etter en slik modell, får konsekvenser for de ansatte. Konsekvensene kan ses i forhold til arbeidsdeling, hvilke mål man styrer etter, og hva som særpreger ledelse i en slik organisasjon. I siste del redegjør jeg for Habermas begrep: livsverden, systemverden og kolonialiseringsteser. Jeg bruker begrepene videre i oppgaven til å diskutere en økende instrumentalisering i sykehusets systemverden, versus sykepleierens fundament basert på omsorg og helhetstenkning, verdier som livsverden representerer.

### **Presentasjon av aktuell litteratur**

Med referanse til boken *Modermordet* (2001) av Runar Bakken og sykepleier og dr.philos K. Martinsens bok, *Øyet og kallet* (2000), vil jeg presentere en beskrivelse av den historiske utvikling av sykepleien. Bakken skriver om en utvikling av et sykepleierideal som er tett sammenvevet med det historiske og det kulturelle kvinneidealet. Det religiøse aspektet er viktig, da dette la grunnlaget for utvikling av diakonien, som er grunnlaget for den moderne sykepleien. Sykepleien rommer dermed en historisk arv, som inngår i sykehusets historie.

Bourdieu, som er født i 1930, er en fransk professor i sosiologi. Han står bak omfattende prosjekter knyttet til livsstilforskjeller og feltet for kulturproduksjon, som inkluderer analyser

av maktprinsipper, eliter, dominansforhold og sosial ulikhet. Han bidrar med å avdekke og forklare hva makten består i og hvordan den legitimeres og opprettholdes (Engelstad 1999). I oppgaven redegjør jeg for Bourdieus begrep *habitus* og *kapital* slik de fremstår i *Meditasjoner* (1999), og begrepene drøftes deretter i sammenheng med mine intervjuanalyser. Kan man snakke om en historisk og kulturell arv som gir seg til kjenne innenfor sykepleien i form av utviklingen av en særskilt kvinnelig omsorgshabitus? Denne kvinnelige omsorgshabitus, har den fortsatt betydning for utøvelsen av sykepleieryrket?

T. Strand, professor i administrasjon og organisasjonsvitenskap ved UIB, er forfatter av boken *Ledelse, organisasjon og kultur* (2001). I boken betegner han sykehusets organisasjon, som en byråkratisk ekspertorganisasjon. En slik organisering har ulike kjennetegn som jeg beskriver nærmere. Hierarki, byråkrati, fagspesialisering og fagautonomi påvirker hverdagen til de ansatte i et sykehus. Jeg diskuterer hvordan organiseringen påvirker den nyutdannede sykepleierens hverdag.

### **Historisk og kulturelt grunnlag for utviklingen av den moderne sykepleie**

Bakken (2001) benytter seg av tre begrep i sin skildring av utviklingen og selvstendiggjørelsen av sykepleierfaget: *jomfruen*, *moderen* og *hustrumoderen*; som i vår tid ender opp med avskaffelsen av moderen. Han knytter avskaffelsen til den kulturelle og historiske utviklingen i samfunnet. Teksten redegjør kort for hva begrep som jomfru og moder rommer, men konsentrerer seg om det som skjer fra midten av 1800-tallet, som legger grunnlaget for den moderne sykepleie.

Jomfruen som ideal for sykepleien oppstår i den førmoderne tid, i et utpreget patriarkalsk samfunn hvor Mannen var den verdimeslige målestokk for det menneskelige. I denne samfunnsstrukturen blir Moderen oppfattet som en potensiell utfordrer, da mor/barn-forholdet truer med å splitte fellesskapet mellom menn. Jomfruen representerer motvekten til sistnevnte, den aseksuelle og ikke-truende i forhold til systemet. ”*Det inngås en hellig allianse mellom Gud, Mannen, Jomfruen og Sykepleieren som viser seg i Jomfruen eller Nonnen som pleier den Syke*” (Bakken 2001:28). Da klostrene mister sin posisjon ved den Lutherske reformasjonen, oppstår nye kvinneideal som er kulturelt produsert: Moderen introduseres. Moderen og Jomfruen er begge kvinneideal som knyttes opp til utøvelsen av sykepleie. Begge ideal assosieres med det å tilfredsstille andres behov, den barmhjertige

samaritan og uegennyttig kjærlighet. Her, mellom Moderen og Jomfruen, oppstår en omsorgshabitus som knyttes til kvinner. De kulturelle og samfunnsmessige forutsetningene forut for utviklingen er bl.a. den naturvitenskapelige oppdagelsen omkring kjønn. De biologiske fakta forklarer og rettferdiggjør for de sosiale normene, overskridelser eller avvik fra disse blir betraktet som unaturlige. Kvinnene anses som dronninger i nærhetens rike, og dyder som ivaretakende, omsluttende og forløsende spilles over på dettes kjønns sosiale felt (Bakken 2001).

Kulturelle, religiøse og samfunnsmessige påvirkninger bidrar i utviklingen av den moderne sykepleie. Moderen og Hustruen er viktige kvinneideal i det som blir starten på diakonibevegelsen på 1850-tallet, og som er en forløper for den moderne sykepleie. I et Europa i sosial krise på 1800-tallet, hvor fattigdom og sosial nød regjerer, likestilles medisin med makt i samfunnsbyggingen. Medisinprofesjonen avgjør hva som er friskt og hva som er sykt, den definerer også hva som er normalt eller avvikende. Sykepleiens rolle i denne situasjonen er todelt: på den ene siden er sykepleie oppofrelse for å lindre den Andres lidelse, og på den andre siden en disiplinering og normalisering av de fattige hvor arbeiderklassen representerte underklassen, som forbindes med sykdommer og helsefare.

Kirken har et kall til å forkynne i kjærlighetshandlinger, ikke bare i ord. Framveksten av diakonien er et tegn på at kirken ikke bare taler, men handler. Luthers kallstanke og framveksten av protestantismen, kalvinismen og pietismen spiller derfor en betydelig rolle. Luther fremhever det verdslige kallsarbeidet som et uttrykk for nestekjærlighet. Dyder og egenskaper som dyrkes i forhold til kallstanken, er nøysomhet, flid, ærlighet og punktlighet. Det eksisterer et økt engasjement i den sosiale nød og den pietistiske fromhet. Kallsarbeidet består i praktisk hjelp til de trengende, forkynnelse og misjon, men man er også av den tro at hjelperen, gjennom kallarbeid, får styrket sin egen tro (Martinsen 2000 ). *"Det var denne dobbeltheten i forståelsen som preget flere av diakonissenes oppfatning av kallet. En side var den Kierkegaardske inderlighet, selvfornektelse og ydmykhet for å gi seg selv helt i tro. Men nettopp vekkelsen spørsmål - vil du være med å tjene? - hadde et sterkt sosialt budskap som kvinnen grep fort. Det ble den andre siden av kallet, et brennende engasjement og en sosial forplikthet overfor andres lidelse"* (Martinsen 2000:110).

Ulike institusjoner bygges opp. Et eksempel på slike er redningshjemmene i Sverige, rettet mot de prostituerte som beskrives i *Ansikte mot Ansikte* (2004) av A. Jansdotter. Modellen for

disse hjemmene er det borgerlige hjem med sine familiemetaforer: hjelperen sammenlignes med Moderen og de prostituerte med Moderens barn. Det er typisk unge kvinner som forlater egen familie for å arbeide i disse hjemmene. Bakken (2001) henviser til Jomfruen som blir kallet; en kvinnefigur som ikke er knyttet til mann eller barn. Kvinnefiguren bestod som regel av Moderen og Jomfruen, som var ren og selvutslettende i kjærlighet til den Andre.

Norsk Sykepleierforbund ble stiftet i 1912. Kristen tro var ikke en betingelse, men sykepleien omtales likevel som et kall. Utover 1900-tallet endres det kulturelle grunnlaget og med det beveger idealet seg fra Jomfrumoderen til Hustrumoderen. Det harmoniske hjem, representert i den borgerlige familie, er stadig det dominerende ideal, med karakter av en effektiv organisering og arbeidsdeling mellom kjønnene. Den samme type organisering og arbeidsdeling mellom kjønn finner man blant dagens leger og sykepleier. Sykehuset, hevder Bakken, preges av at kvinnen fortsatt stiller sitt liv til rådighet for de andre, og ”...*Herren i himmelen er byttet ut med Herren i medisinen*” (Bakken 2001:58).

Sykepleien ble egen profesjon i 1948. Det paradoksale var at selvstendigheten innebar en underordning i myndighet og ansvar i forhold til medisinen, hvor sykepleieren inngår i et sterkt hierarki, dominert av patriarkalsk kultur og dermed med grunnleggende kjønnsforskjell. Samtidig skjer store teknologiske framskritt og den instrumentelle fornuft blir allmenn tenkning (Bakken 2001:60). Sykepleierens omsorg og nærhet løftes inn i en systemverden, med fokus på medisinsk-tekniske nyvinninger. Produksjon av menneskers helse underlegges vitenskaplig kunnskap og tenkning. Martinsen beskriver skiftet som en endring fra en person-orientert sykepleie til medisinsk-teknisk sykepleie, hvor endring og vekst var mål man higit etter.

## **Utviklingen av den kvinnelige omsorgshabitus, sett i lys av kjønn og Bourdieus begrep habitus og kapital**

Teolog A. Tønnesen diskuterer i boken *Etikk, dannelselse og disiplin* (2003) dannelsen av sykepleieren sett i lys av diakonissen E. Hagemanns bok: *Sykepleierskolens etikk* (1930). Boken ble brukt som lærebok i etikk for sykepleierene fram mot 1965. Tønnesen (2003) beskriver ved hjelp av Bourdieus habitusbegrep, utvikling av en individuell og kollektiv habitus hos sykepleierene. Dannelsesbegrepet uttrykker integrert kunnskap som er formende. Det er dannelsen av holdning og sinnelag hos den unge sykepleieren som fremstår som

naturlig, men som er tillært. For å forstå utviklingen av sykepleien fram til vår tid, gir det mening i å se på Bourdieus habitusbegrep. Funn i intervjuene vil bli diskutert opp mot begrepene *habitus* og *kapital* innført av Bourdieu. Oppgaven vil redegjøre for begrepene og knytte dem til utviklingen av den kvinnelige omsorgshabitus som Bakken presenterer i boka *Modermordet* (2001) og Tønnesen i boken *Etikk, disiplin og dannelselse* (2003).

*Habitus* er latin og knyttet til det engelske ordet *habit* som betyr vane. Bourdieu definerer habitus som en kroppsliggjort kunnskap, som menneskene handler etter i forskjellige situasjoner. Det betegner både kropp, åndelig og moralsk dannelselse, og har betydning for individets dømmekraft. Dannelsesbegrepet møter Bourdieus habitusbegrep idet begge har fokus på at holdning, væremåte og livsførsel fremstår som naturlig og kan læres.

Habitusbegrepet er et kunnskapsbegrep, og kunnskapen har vi tilegnet oss gjennom familie, venner og vårt sosiale liv. Kunnskapen er innvevd og innfelt i kroppen som strukturer og skjemaer, som disponerer for handlingsmønsteret i ulike situasjoner. Det er en førbevisst og førspråklig kunnskap. Den gir beredskap til å forstå situasjoner, og videre kommer den til uttrykk gjennom en naturlig handling. Slik reflekterer et individs handlinger den samlende kunnskap individet har i kroppen. Bourdieu ordlegger seg slik for å forklare sin teori:

*De sosiale aktørene er utstyrt med en habitus som er innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaringer. Disse systemene av mønstre for oppfattelser, vurdering og handling gjør det mulig å utføre handlinger styrt av praktisk kunnskap, basert på lokalisering og undersøkelse av betingede og konvensjonelle stimuli som de er disponert for å reagere på, og samtidig gjør de det mulig, uten eksplisitt fastsatte mål eller rasjonelle beregninger av midler, å fremkalle tilpassede strategier som hele tiden fornyes, men innenfor de strukturelle begrensninger som de er produkter av, og som definerer dem (Bourdieu 1999:144).*

Bourdieu skiller mellom en individuell og en kollektiv habitus. Habitus kan være knyttet til ulike profesjoner, for eksempel lærerens, sykepleierens eller legens habitus. Habitus i kollektiv betydning setter søkelyset på de formede forhold som skaper en felles forståelse av en virkelighet. Tønnesen bruker habitusbegrepet og fortolker Hagemanns etikkbok for sykepleiere, og peker på at det finner sted både en utvikling av en individuell kvinnelig omsorgshabitus, og en kollektiv habitus i forhold til hva sykepleie er i institusjonen. Sykepleieren læres opp til underdanighet og selvdisiplin. Som Hustrumoderen, kjenner

sykepleieren sin plass og sine oppgaver overfor pasient og lege. *”De tekniske ting som hører sykepleien til, må læres, og det så grundig og nøyaktig som mulig. Men samtidig må den daglige omformingsprosess foregå - den som skal forvandle en tankeløs og selvopptatt ung pike til en ”god kvinne””* ( Hagemann 1930:13). I Hagemanns (1930) etikkbok tillegges disiplinen og hierarkiet en stor betydning. Studenten utsettes for disiplinering fra overordnede. *” Som elev blir hun satt på ”nederste hylle”, må lære alt forfra, tåle tilrettevisninger, som mangen gang kan kjennes ydmygende nok, og finne sig i en helt uvant disiplin. Og fremfor alt – fra å bli tjent, må hun nu selv være en tjener. Ingen spør efter hennes mening, efter hvad hun liker eller har lyst til – hun har i ett og alt å rette sig efter hvad andre bestemmer for henne”* (Hagemann 1930:9-10). Etikken ligger i det utvendige, i hierarkiet og ikke i subjektet. Sykepleieren er ikke et selvstendig moralsk subjekt som selv kan eller skal foreta egne valg og vurderinger. Men Tønnesen (2003) skriver også at det var noe befriende ved Hagemanns dannelsesprogram, og at det ikke bare dreier seg om undertrykkelse og selvutslettende disiplin. *”Den disiplinerende dannelsen skal tjene det overordnede målet det er å pleie den syke på en slik måte at den syke kjenner seg trygg og ivaretatt. De ytre strukturene skal frigjøre et indre rom hos sykepleieren og gi henne ro til å lytte seg til pasientens behov. Det er ikke først og fremst for egen del, men for pasientens del at disiplinen skal inkorporeres og bli en naturlig og før-refleksiv disponerhet til å handle rett i de enkelte situasjoner”* (Tønnesen 2003:49).

Utviklingen av den kvinnelige omsorgshabitus er knyttet til kjønn. Fysioterapeut og dr.philos R. Dahle belyser kjønnsperspektivet i boka: *Kunnskap, kropp og kultur* (1997). Kjønn henviser til en sosial rolle, så vel som biologiske kjennetegn. Vi er utstyrt med biologiske kjønnskjenetegn, som gutt eller jente, som vil plassere oss i en av to sosiale kategorier. Kjønn kan også betraktes *”...som trekk, som formes, vokser fram og spilles ut i konkrete situasjoner”* ( Dahle 1997:217). Det vil vise seg i hva vi gjør i ulike situasjoner og i sosiale sammenhenger. For å forstå prosessene kan man se på hvordan kjønnsdelingen skapes og gjenskapes i stadig nye sammenhenger. Prosessene er ofte skjult og de omhandler forhold som vi er så vant med å ta for gitt, at vi verken ser eller reflekterer over dem. *” Med Bourdieus begrepsapparat er det mulig å tolke det institusjonelle, sykehusets orden og hierarki, som maskulin dominans, og at opprettholdelsen av en slik dominans skyldtes den dominertes naturlige tilpasning til den dominerende”* ( Tønnesen 2003:47). Det er viktig å forstå symbolene og symbolproduksjonenes rolle. Kjønnede organisasjoner blir gjenskapt gjennom måten hver enkelt samhandler på, for eksempel i en avdeling. Man må også se på hvordan



individene, kvinner og menn, preges av egen selvforståelse og det arbeidet hver enkelt gjør for å skape mening og handlingsalternativer ( Dahle 1997). Dahle (1997) skriver at det kvinnelige trekkes mot andre arbeidsområder enn det mannlige. Hun skriver at de kvinnelige helsearbeiderne, sykepleiere og også de kvinnelige legene, finner man i arbeid som fokuserer på kvinnelige verdier som å gi liv, verne om liv, og yte noe for andre, mer enn å beherske. I slikt arbeid vil det også være fokus på og bruk av relasjonelle egenskaper. Behandling og pleie er to ulike bærebjelker i et sykehus. I pleien finner du størst andel kvinner. Behandling gir større symbolsk verdi, og her finner man legene. En mannsdominert hierarkisk organisering, sammen med kvinnelige dyder som ideal for sykepleierne, er med på å forsterke utviklingen av en kvinnelig omsorgshabitus. Kvinnehistorien og sykepleierens historie påvirker vår habitus. Dette kan være med å belyse at den kvinnelige omsorgshabitus reproduseres. Bakken (2001) ser utviklingen av den kvinnelige omsorgshabitus som årsak til at kvinner også i dag stiller sine liv til rådighet for andre.

Et annet sentralt begrep hos Bourdieu er *doxa*, som knyttes til kunnskap og makt. Doxa er et gresk ord for kunnskap. Med doxa, betegner Bourdieu den kunnskapen som tas for gitt, for eksempel koder eller kontekst som råder og bestemmer i en institusjon. Doxa er den kunnskapen som det ikke blir stilt spørsmål til, fordi den fremstår som naturlig. Det kan være etablerte strukturer og maktforhold som er aksepterte og godtatt, og som bare er slik. Det er kunnskap knyttet til makt og dominans, og til de dominerende i feltet (Bourdieu 1999). I praksis vil det si hvem som kan definere den rette og gyldige kunnskap. Kvinnene i helsesektoren har kunnskap og mye ansvar, men relativt lite makt. Dahle (1997) skriver ”... maktposisjon i seg selv gir rett til å avvise kunnskap på andres premisser, for retten til å avgjøre kvalitetskriterer er nøye knyttet til posisjonen” (Dahle 1997:236). Forutsetningene for at noen skal dominere, er at det er noen som lar seg dominere. Kontrollen bevares gjennom individuell habitus, kollektiv habitus og doxa, hvor kjønnsperspektivet spiller en rolle i utviklingen av de ulike habitus.

Andre begreper som kan knyttes til kunnskap og makt er *kapital og felt*. Kapital er et sett med relasjoner. Relasjonene er preget av sosial ulikhet, utbytting og dominans. Kapital består ikke bare av materielle interesser, men også av symbolske, kognitive og sosiale. Enhver posisjon i et felt bestemmes av kapitalen. Slik at de som har tilgang til mest kapital i et felt, har mest makt. Bourdieu skriver følgende omkring makt og kapital: ”På denne måten styrer makten (dvs. kapitalen, den sosiale energien) de muligheter som objektivt tilbys hver enkelt spiller,

*hva som er mulig og hva som er umulig for ham, i hvilken grad han har kraft, og kraft til å være, og samtidig hans ønske om kraft som idet det er tvers igjennom realistisk, grovt sett tilpasset hans krefter” (Bourdieu, 1999:226).*

Bourdieu deler kapitalen inn i økonomisk kapital, kulturell kapital, sosial kapital og en symbolsk kapital. Å ha rett kunnskap og høy utdanning gir stor kulturell kapital. Sosial kapital dreier seg om sosiale nettverk, kontakter, venner og bekjente. Kapitalen som, ifølge den franske sosiologen, gir mest makt i vårt samfunn er den økonomiske. Man har tilgang på ulike kapitaler. Man kan tilegne seg mer av en type kapital eller bytte til seg kapital, for eksempel kan man ta mer utdanning og da øker den kulturelle kapitalen. Symbolsk kapital, som er den siste form for kapital Bourdieu opererer med, er forbundet til ære og anerkjennelse, og er derfor knyttet til de andre former for kapital omtalt ovenfor. Kapital av symbolsk verdi er et samlebegrep for egenskaper som er tillagt høy verdi og som høster stor anerkjennelse innenfor en spesifikk sosial gruppe. Bourdieu utdyper: *”Den symbolske kapitalen sikrer former for dominans som innebærer avhengighet av dem som den gjør det mulig å dominere: Den symbolske kapitalen eksisterer faktisk kun i og gjennom anseelse, anerkjennelse, tro, tillit og ry hos andre mennesker, og den kan ikke bevares lenger enn akkurat så lenge den klarer å opprettholde troen på at den finnes” (Bourdieu 1999:173).*

Begrep som habitus og kapital, er sentrale begrep for den foreliggende oppgave, da jeg vil undersøke sykehuset som organisasjon, med sykehusets mange aktører og deres ulike kapital og ulik tilgang til feltet. Verdier og idealer informantene har, blir en del av en personlig habitus. De vil dessuten bli påvirket av den kollektive habitus. Opplevelsene vil gi spenninger og følelser som gjør at det sannsynligvis vil skje en justering, endring og tilpasning i deres habitus.

### **Sykehuset organisert som byråkratisk ekspertorganisasjon**

T. Strand betegner i sin bok: *Ledelse, organisasjon og kultur* (2001), sykehuset som en byråkratisk ekspertorganisasjon. Det vil si at den har trekk fra byråkratiorganisering og fra ekspertorganisering. Et byråkrati er preget av et tydelig autoritetshierarki med mange ledd, og spesialisering av arbeidsoppgaver. Arbeidsmåtene er preget av formalisering og skriftlighet. Ofte har arbeidstaker livslange karrierer innen systemet. Ledelsen er rettet mot å ivareta organisasjonenes virksomhet og hindre uønskede avvik. Det er lite rom for skjønnsutøvelse

og stor grad av instruksregulering. Utad er det viktig å vise at man ivaretar visse idealer for å tilfredsstille omverdenens oppfatninger, og at man er opptatt av orden i organisasjonen. Kjennetegn som fremheves er arbeidsdeling, hierarki, skriftlighet og livslange karrierer. Fordeling mellom arbeid og myndighet er klar. Hierarki gir grunnlag for å utøve autoritet, samtidig er det lite direkte kontakt mellom personen i autoritetsposisjonen og underordnede. Flere dilemmaer kan knyttes til en byråkratisk organisering. Noen av dem kan knyttes til sykepleierens posisjon. Det ene er at oppmerksomheten rettes mot detaljer, på riktig bruk av regler og prosedyrer, mens den større sammenhengen og selve formålet med virksomheten får lite oppmerksomhet. Regelanvendelse, å henvende et definert problem til en "riktig" type løsning, dominerer framfor mål-/middeltenkning. Man gjør ting riktig, men har ikke nødvendigvis fokus på "de rette tingene"(Strand 2001).

Et annet dilemma er knyttet til det han kaller bruk av fornuft og følelser. Byråkratiet skal være saklig og upersonlig, det vil si at følelsesmessige og subjektive element skal holdes utenfor. Motiveringsgrunnlaget kan oppleves snevert, og behovet for anerkjennelse og synlighet kan være vanskelig å oppfylle. Paradokset for lederne er at saklighet og nøytralitet er de styrende normer, samtidig er det et krav om at motivering og personalutvikling er viktig. Flere rapporter viser at byråkratilederne strever med dette, og at de er lite dyktige på dette felt. Organisasjonen vil være preget av eksperter, med fokus på egen spesialisering eller felt. Formalisert arbeidsdeling kan føre til at sakene ikke blir satt i sammenheng og forsøk på å gå på tvers av avdelingsgrensene kan oppfattes som irrelevant eller truende, og vanskeliggjøre samarbeid. Kompetanseområdet og statusene forsvares, hierarkiet viser seg og reservasjonen mot nytenkning har naturlig grobunn. Det stilles spørsmål til om det er stilling eller fagkunnskap, myndighet eller kyndighet som skal tillegges mest kapital. Viktige og vanskelige saker blir løst ved at de sendes oppover i systemet. Dilemmaet forsterkes når byråkratilederen skal tjene en politisk ledelse, der kravet om lojalitet kommer i tillegg ( Strand 2001).

Ekspertorganisasjoner er preget av lavt hierarki, arenaer for fagspesialisering og fagautonomi. De behandler komplekse problemer og er orienterte mot løsninger for eksterne parter. Medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Ekspertorganisasjoner i offentlig sektor er ofte innkapslet i byråkratisk pregede organisasjoner. Byråkratilederen kan formelt ha høyere rang, men savner ofte legitimitet hos ekspertene. "Kyndighet" brytes mot "myndighet". De ansatte har yrker som er profesjonaliserte, dvs. at de har en særlig prestisje i

arbeidsfeltet, og kan monopolisere visse tjenester og klienter. Et eksempel på det er legene. Sykepleierne har ikke full profesjonsstatus, men de har likevel et visst preg av å være profesjonalisert. De har mindre utdanning, mindre prestisje og har heller ikke monopoliserte arbeidsområder. For eksempel må sykepleierne streve for å etablere en monopolisert rolle, legene er ofte tvetydige i sin oppfatning av dem som assistenter eller som selvstendige yrkesutøvere. De profesjonelle har egne mål og midler. Ekspertorganisasjoner som sykehus, er i økende grad underlagt administrative styringssystemer gjennom et hierarki. Budsjettrammer og målstyring er to forhold som fagfolk merker, sammen med andre administrative prosjekter som ”*total kvalitetsledelse, kontinuerlig forbedring*” og ”*internkontroll*”(Strand 2001:251).

## **Livsverden og systemverden**

Den tyske filosof og sosiolog Jurgen Habermas (f.1929) sine teoretiske begrep *livsverden*, *systemverden* og *kolonialiseringstesen* kan belyse problematikken rundt instrumentalisering versus sykepleierens fokus på omsorgsteori og møte med den Andre. Hvordan hans teoretiske begrep kan relateres til praksis sier T. Kristensen i sin spesialavhandling *Danskhospitalssygepleje i 1990'erne* (1993): ”*Habermas samfundsteori er udviklet på et metateoretisk niveau, der står i modsætning til omsorgen som konkret praksis. System / livsverden- paradigmet er således umiddelbart gyldigt på makronivå, mens en vidtgående tolkning og afidea-lisering af teorien er nødvendig, såfremt teorien skal åbne for forklaring, forståelse og frigørelse af konkret praksis, mikro-niveau* (Kristensen 1993:83).

Systemverden er den vitenskapelige, tekniske og administrative verden som blir styrt av en instrumentell logikk, preget av mål-/middelrelasjoner, objektivering og kalkulering. Systemverden beskriver den instrumentaliserte og effektiviserte sykehusverden. Motsetningen er de etiske og estetiske verdiene i livsverden. Her er de språklige og mellommenneskelige normer og relasjoner i fokus. Plasserer vi livsverden og system inn i sykehusene”...*kan sygeplejens praktiske omsorgsudøvelse tolkes som et typisk livsverdensfænomen, hvor patient/sygeplejerske-forholdet ideelt forløber indenfor sfæren for den kommunikative handlen, dvs dialogen og den indbyrdes forståelsen er central*” ( Kristensen 1993:53). Sykepleierfaget fremstår på både det abstrakte og konkrete nivå som en livsverden orientert praksis”...*omsorg indgår som centralelement i sygeplejen og centralt i omsorgen er forståelsen*”( Kristensen 1993:53). Men sykepleien inneholder også et formåls-rasjonelt element, for eksempel den problemløsende og resultatorienterte dimensjon i forhold til pleien. Sykepleien kjennetegnes

av både system og livsverden, men fundamentet for sykepleierfaget er omsorgen knyttet til verdiene i livsverden, som sykepleierens formålsrasjonelle aspekt har base i (Kristensen 1993).

Det er i livsverden vi utvikler vår innsikt, vår oppfattelse av galt og rett, pent og stygt. I det moderne samfunn, som sykehusene reflekterer, har systemverden sammen med en kapitalistisk økonomi ekspandert slik at livsverden kolonialiseres. Kolonialiseringstesen assosierer til koloniherrer som forsøker å skape de koloniserte i sitt bilde ( Bakken 2001). Jeg vil benytte begrepet kolonialiseringstesen til å forstå og belyse dilemma sykepleieren opplever, i det de starter sitt arbeid med verdier og idealer, som endrer seg etter en tid i yrket. Senere i oppgaven diskuterer jeg hvordan de ulike profesjonene i et sykehus handler og tenker ulikt i forhold til blant annet behandlingsmål. En følge av det, er at det kan oppstå moralske konflikter. Handling og dømmekraft, basert på ulike verdier og mål, kan gjenspeiles i de ulike verdiene relatert til livsverden og systemverden. Instrumentalisering blir en følge av kolonialiseringen. Normer og mellom-menneskelige meningsdannelser omdannes til systemverdens mål-/ middelrelasjoner. Man står i fare for å miste kvaliteter som kjærlighet, nærhet og omsorg. Instrumentalisering kan føre til normoppløsning og meningstap. I systemverden tenker og handler man ut fra rasjonalitet og penger. Det er makt og juss som styrer oss, og man skiller ikke lenger mellom mål-rasjonelle handlinger og kommunikative handlinger. Kolonialisering kan svekke evnen og viljen til å stille oss kritiske og spørrende til blant annet vår yrkesutøvelse. Når systemverden overtar og ”spiser opp” vår livsverden, mister man noe eksistensielt viktig. Systemverden er avhengig av livsverden. Den er avhengig av tradisjonene, verdiene og tradisjonelle forestillinger og livsformer. Konklusjonen i Habermas tenkning, slik Bakken skriver det, er : ”*Systemverden kan ikke legitimere seg selv. Den instrumentelle logikken kan aldri begrunne sine strategier og målsettinger. Systemet er avhengig av folks oppfatninger av hva som er riktig og galt, verdifullt eller verdiløst, altså normative baserte vurderinger, som kan legitimere systemet*” ( Bakken 2001:114 ).

Sykepleieren har avsluttet en utdanning, hvor fundamentet er omsorg, med vektlegging av teori og verdier i en livsverden. Det er viktig i forhold til å kunne møte pasienten som et medmenneske, i et subjekt-subjekt forhold. I livsverden utvikler man sin tenkning, innsikt, etiske og juridiske verdier. I møte med arbeidsfeltet er det fare for å bli kolonialisert og bli utsatt for påvirkning for å tilpasse seg slik det er, det etablerte. Resultatet kan bli at man aksepterer den utførte handlingen som nødvendig, og man kan bli mindre kritisk i vurderingen

av egen praksis. En annen måte å forholde seg til det på, er å overta det etablerte eller resignere. Man aksepterer at man arbeider i en systemverden preget av teknologi, effektivitet og økonomi. Å stadig gå på akkord med egne verdier i et system som etterspør effektivitet, er en mentalt slitsom prosess. Gutierrez (2005) finner i sin forskning, der hun diskuterer konsekvensene av moralsk stress/fortvilelse, at nesten 70 % av sykepleierne føler sinne, sorg og frustrasjon.

### **3 Presentasjon av metode**

#### **Ulike vitenskapssyn som bakgrunn for valg av metode**

Målet med vitenskapelig virksomhet er primært å utvide vår erkjennelse. Metoden man velger skal tilpasses problemstillingen og temaene man ønsker å belyse. Metode er av gresk opphav og betyr veivalg som fører til et mål. Den aktuelle problemstillingen er opptatt av den nyutdannede sykepleierens opplevelse og erfaringer i møte med praksis, og hvordan praksisperioden kan påvirke dannelsen av en yrkesidentitet. Enhver har et utgangspunkt, en historie, personlighet, erfaringer og utdanning som har betydning i prosessen rundt dannelsen av en yrkesidentitet. Med denne oppgaven er det ønskelig å undersøke måten sykehuset er bygget opp på, hvordan hver avdeling organiseres og hvordan institusjonen påvirker sykepleierens yrkesrolle. For å avdekke disse aspektene, må metoden som legges til grunn for de videre analyser åpne for beskrivelse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomen, slik det oppleves for de involverte, der forskeren selv inngår som en aktiv deltager. Dette er bakgrunnen for valg av metode, hvor jeg vil benytte meg av kvalitative intervju med nyutdannede sykepleiere. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). De kvalitative metodene sikter mot å forstå, ikke forklare. Målet er å beskrive hva som er, ikke predike eller skrive det som bør være.

Mitt valg av metode markerer ytterligere et standpunkt i diskusjonen om den positivistiske og naturvitenskaplige vitenskapsfilosofi, sammenlignet med den fenomenologiske og hermeneutiske vitenskapsfilosofi. Den naturvitenskaplige retning har vært dominerende innen forskning, hvilket har skapt et skille mellom såkalt gyldig og mindre gyldig forskning innenfor det medisinske felt. De siste tiårene har synet endret seg og man har registrert

økende fokus på anvendelsen av hermeneutisk retning innen forskning, noe som ligger de humanistiske fagene nær.

I naturvitenskapen rettes oppmerksomheten mot sanseerfaring, sansedata. Fokuset er på verden og tingene *der ute*. Oppmerksomheten rettes mot egenskaper ved tingene, men kun mot egenskaper som kan telles, måles og veies. I en slik situasjon skapes kunnskap som følge av en metodisk observasjon av virkeligheten. Forskeren skal forholde seg nøytral i forhold til sin observasjon, uten at han farges eller involveres i den. Nøytralitet og objektivitet er idealet. Det blir en objekt-/objektrelasjon. Historien har imidlertid vist at absolutte sannheter og kunnskaper er omskiftelige. Det vil stadig være en utvikling, som krever endring og revidering av kunnskap. I dag erkjenner man at det positivistiske idealet som naturvitenskapen forfekter, er umulig. Forskeren vil uunngåelig inngå i forskerprosessen da hans/hennes erfaring, oppmerksomhet og fortolkning vil være farget av et utgangspunkt og en forforståelse for problemstillingen. Som forsker og menneske vil man være preget av samtiden. Bestemte tenkemåter og forestillinger vil forme det man observerer, gi det retning, mening og perspektiv (Thornquist 2003). Naturvitenskapen har vært en betydningsfull retning innen helsefagene. Her arbeider en med ikke-intensjonale objekter, og forskningen blir en subjekt-/objektrelasjon. Den dreier seg om kvantifisering og tallmessige størrelser. Det dreier seg om årsak, virkning og lovmessigheter, ikke om normer, verdier, vaner og oppfatninger om meningssammenhenger. Naturvitenskaplig forskning er hensiktsmessig i forhold til naturfenomener som er uten evne til å snakke, tenke, som er uten hensikter, forventninger, formål og verdier.

Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for kvalitativ metode er fenomenologi og hermeneutikk. I fenomenologi er man opptatt av hvordan verden erfares for subjektet. Et viktig begrep er intensjonalitet, relasjonalitetens innhold, som tilsier at mennesket som vesen og dets handlinger alltid er rettet mot noe. Det betyr at man ikke kan studere en situasjon uavhengig av meninger og erfaringer i situasjonene (Thornquist 2003). Studerer man mennesker uten å inkludere intensjonaliteten, så gjør vi det Skjervheim kaller for *det instrumentelle mistaket*. Sistenevnte har følgende å si om subjekt versus objekt:

*Vi kan handsama orda den andre seier, som berre lyd. Eller om vi skjønner meininga med dei, kan vi handsama dei som fakta, registrere det faktum at han seier det han seier. Eller vi kan handsama det han seier som en påstand, der vi ikkje er opptekne*

*med det han seier som et faktum ved biografien hans, men som noko som kan vera sant eller usant. I begge dei to første tilfella er den andre eit objekt for meg - om enn på ulike måter. Men i det siste tilfellet er han eit med-subjekt . I det vi begge er engasjerte i den sams verda, vedkjem han meg som ein på like fot med meg sjølv* (Skjervheim, c.f. Wyller 2005: 45).

Foruten å vektlegge vitenskapelig og intellektuell refleksjon, er fenomenologien opptatt av livserfaring, common sense og praktisk erfaring. Livsverden er et begrep i fenomenologien, som omfatter den verden man lever i til daglig, har fortrolighet til og erfaring med. Hermeneutikk er knyttet til forståelse og fortolkning. Den er opptatt av hva forståelse er, samt vilkårene for forståelse og fortolkning. Den sier noe om å forstå, hvordan vi forstår og hvordan mening fremskaffes. Meningsfulle fenomener er et aktuelt begrep som dreier seg om menneskelig virksomhet som har til hensikt å formidle menneskelige aktiviteter som resultater og produkter av dem. Inn under dette ligger normer, regler, verdier og kulturelle forhold som regulerer menneskelige aktiviteter og er med og påvirker hva som produseres og hvordan det produseres (Thornquist 2003).

Fordom er et begrep som Gadamer bruker for den forforståelse eller bakgrunnskunnskap individet møter fenomener med. Gadamer's hermeneutiske sirkel gir en beskrivelse av forståelsesprosess. Den sier at man forstår "...*delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene. Delene og helheten interagerer med hverandre, og man oppnår slik en ny og høyere forståelse*" (Thornquist 2003:142). Gadamer sier at det gjelder å sette sine fordommer på spill, og at en utfordres i dialog med andre tenkende og annerledes tenkende.

Forståelsesprosessen beskriver han som en dialektikk mellom spørsmål og svar, som en samtale. Analysen i kvalitativ metode kan sammenlignes med den hermeneutiske sirkel forståelsesprosess. Man deler opp, og skiller ut i fra en tekst, fokuserer på deler for å forstå en helhet, for så å fokusere på helheten igjen, hvor målet er å komme fram til en ny forståelse.

## **Det kvalitative intervjuet**

De korte beskrivelsene av ulike vitenskapsteoretiske retninger er ment som et bakteppe for å kunne begrunne den metoden som passet til min problemstilling. Den kvalitative metode som bygger på intervju som blir tatt opp på bånd, og siden transkribert, skal sørge for at hver informant får fortalt om sine opplevelser, erfaringer, tanker og følelser i praksis.



Eksempel på en kvalitativ forskningsprosess kan være at forskeren skriver ned sine observasjoner i feltet eller observasjonsnotater, og bruker disse som tekster for videre analyse. En annen form for kvalitativ forskning er systematisk bruk av intervju som nedtegnes og siden gjenfortelles. Repstad (2004) informerer om at de kvalitative metoder egner seg når situasjonen er som påfølgende: ”... skal du få innsikt i grunntrekk og særpreg i et bestemt miljø, og ikke minst konkrete utviklingshistorier over tid - uten at du er så opptatt av hvor hyppig noe forekommer eller hvor vanlig noe er - så bør du bruke observasjon og kvalitative intervjuer. Kvalitative tilnærmingsmåter beskriver nyansert ”det som finnes”, og er mindre opptatt av hvor ofte det finnes” ( Repstad 2004:18 ).

Den foreliggende analyse ønsker å få tak i den enkeltes refleksjoner, opplevelse og historier angående det å være nyutdannet sykepleier. Repstad (2004) skriver at kvalitativ samfunnsforskning ønsker å finne den ”teori om verden” som aktørene har. Intervjuene betegnes for å være informant- eller respondentintervjuer. Ved informantintervjuer, bruker man en lokalkjent person som en form for erstatningsobservatør. Man blir informert om de faktiske forhold, om informantenes synspunkt og inntrykk av andre. I mitt tilfelle var det mest aktuelt med respondentintervju som gir direkte informasjon, og på bakgrunn av en åpen samtale/intervju få frem personens egne tanker, opplevelse og følelser knyttet til tema. Jeg har valgt å intervju én om gangen.

Kvalitative intervju er en faglig konversasjon som har til formål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomener. Det er en samtale med en viss struktur og hensikt mellom minimum to ikke - likeverdige deltakere. Forskeren definerer og kontrollerer situasjonen, men den hermeneutisk relasjon mellom intervjuer og informant er stadig en subjekt- subjekt relasjon til tross for ovennevnte asymmetri. Relasjonen og samtalen mellom intervjuer og informant er viktig da det er her forståelsen produseres. Informanten formulerer sin egen oppfatning av sine erfaringer i dialog med intervjueren. Relasjonen har betydning, og forskningen preges av nærhet til forskningsfeltet og menneskene der. Subjektivitet oppfattes som en ressurs og ikke som et forstyrrende element. Et annet viktig begrep er refleksivitet, som sier at forskeren må ha en bevissthet og refleksjon over egen rolle gjennom hele prosessen (Kvale 1997).

Kvale (1997) påpeker at man i dag vet at det ikke er mulig å være helt objektiv i forhold til egen forskning, men at man bør ha som mål og ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, blant annet ved å være bevisst egen forforståelse. Svarene man får, bestemmes av spørsmålene som stilles, både i forhold til en informant og til en tekst. Som analytiker vil der alltid være en risiko for at eget subjekt får innflytelse på drøftinger og tolkninger. Personlige erfaringer og min egen historie, retter min oppmerksomhet mot problemstillingens kjerne: den nyutdannede sykepleierens yrkesidentitet. Valg av teoretisk ramme styres av min forforståelse, samt en subjektiv forståelse av hva som er viktig å belyse. Likeledes vil min måte å lese en tekst på og drøfte denne, påvirkes av mine tidligere erfaringer og eget subjekt. Når jeg nå uthever den subjektive motivasjon som ligger til bakgrunn for problemstillingen og påpeker at denne har hatt innvirkning på valg av arbeidsfelt, er det for å redegjøre en gjeldende bevissthet rundt Kvales diskusjon omkring forskerens tolkning av materialet. Det har hele tiden vært viktig både for meg og mitt arbeid, å understreke intensjonen som bærer oppgaven: et ønske om at informantenes stemme, synspunkt og bidrag blir ivaretatt. Med andre ord, vil det si at historier, erindringer og opplevelsene skal gjengis slik de fremstår fra informantenes side.

## **Gjennomføring av egen undersøkelse**

### **Utvalg**

Hvem vil det være mest hensiktsmessig å intervju i forhold til valgt problemstilling og underliggende tema? Det er et spørsmål som melder seg når man skal gjennomføre en kvalitativ undersøkelse. Er det den nyutdannede, den med lang yrkeserfaring eller hun som sluttet som sykepleier og oppgav sin yrkesidentitet etter kort tid? Fra mitt ståsted, falt valget på sykepleieren som har vært i arbeid i ett eller to år, med den begrunnelse at hun er midt i prosessen med å finne sin yrkesidentitet. Denne sykepleieren vil ha en fersk opplevelse av det å være ny, samtidig som man kan anta at hun vil kunne distansere seg og reflektere over egne erfaringer. Jeg gjennomførte først fire intervju, for så å vurdere materialet og valg av informanter. Resultatet av de fire intervjuene sa meg at de utvalgte informantene var en hensiktsmessig gruppe å intervju, i forhold til problemstillingen, og jeg fortsatte med samme gruppe. De var åpne og delaktige omkring sine mange opplevelser og erfaringer, og man fikk en fornemmelse av at det var av betydning, også for dem, å få fortalt sin opplevelse rundt det å være ny. En annen avgjørende faktor som bidro til at valget falt på disse, er at de fortsatt undrer seg over systemet. Fersk kunnskap og teori fra utdanning, gjør at de "ikke er blitt lik

de andre”. Jeg har intervjuet ni sykepleiere, hver av dem i ca. én time. Jeg ønsker å få et bredest mulig utvalg, med tanke på alder, kjønn og type avdelinger. Alder varierte fra 23 til 40 år. Begge kjønn er representert, men med stor overvekt av kvinner, da det fortsatt er få menn i yrket på en vanlig sengeavdeling. Utvalget representerer både medisinske og kirurgiske sengepostavdelinger, respektive fem og fire representanter fra hver. De handler om vanlige sengeposter, men avdelingene er store og alle har overbelegg av pasienter. På medisinsk avdeling er ca. 90 % av innleggelsene øyeblikkelig hjelp. Pasientene har ofte et uavklart problem, som skal diagnostiseres og behandles. På kirurgiske avdelinger er hovedfokus, planlagte og øyeblikkelige operasjoner, og behandlingen er før og etter operasjon.

### **Innpass i forskningsfeltet**

Jeg skal forske på eget arbeidsfelt, det vil si på egen profesjon og på arbeidsplassen hvor jeg er ansatt. Det er et stort sykehus med flere tusen ansatte, fordelt på ulike bygninger. Jeg distanserte meg ved å unngå å bruke de avdelingene jeg har samarbeidet med tidligere, for på den måten å ivareta en nøytralitet til informanter og meg selv. Jeg kontaktet først oversykepleierne for to ulike avdelinger, både ved fremmøte og en skriftlig søknad om innpass i avdelingen som forskningsfeltet. Vi ble enige om at jeg skulle gå direkte til avdelingslederne ved de aktuelle avdelingene. Jeg møtte dem enkeltvis og presenterte min problemstilling og kriterier for valg av informanter. Der og da ga de meg aktuelle informanter ut fra antall år sykepleierne hadde arbeidet. Syv av de ni jeg intervjuet møtte jeg til et formøte. Jeg vektla også før selve intervjuet at det var frivillig å være informant. Et skriv informerte informantene om min status som student og hvilket studieområdet det gjaldt. Problemstillingen ble presentert. Jeg informerte om bakgrunnen for problemstillingen, og at intervjuene ville bli tatt opp på bånd og transkribert etterpå. Jeg ga dem tilbud om å få intervjuguiden på forhånd, som alle med unntak av én valgte. Av egen erfaring, har jeg opplevd det motsatte, nemlig at intervjueren ikke har tilrettelagt for refleksjon, noe som resulterer i at gode spørsmål besvares annerledes enn det du ønsket.

Nøytraliteten ble forsøkt ivaretatt ved at jeg ga avdelingslederne mine predefinerte kriterier, innen de oppga aktuelle navn. Jeg kjente ikke noen av avdelingslederne på forhånd, og jeg opplevde dessuten at de foreslo informant tilfeldig ut fra antall år de hadde arbeidet. En fordel ved å gå gjennom avdelingslederne, kan være at de kjenner sine ansatte og vet hvem som kan uttrykke seg verbalt, noe som er av betydning i forhold til kvalitativ metode. Etter å ha

intervjuet informantene, er jeg styrket i min oppfatning av at de var tilfeldig valgt. Jeg opplevde at de alle var åpne og frie i forhold til hva de fortalte.

Repstad (2004) skriver om fordeler og ulemper ved å forske på eget felt; at det er viktig å ha en bevissthet rundt tema. Fordelene er at man er kjent i miljøet og innenfor det spesifikke fagfeltet. Det kan være lettere å stille spørsmål som gir umiddelbar avkastning, og unngå at aktørene fortier eller villeder deg. Man unngår også å bruke tid på at informantene forteller om vanlige rutiner på avdelingen for eksempel en dagvakt, aftenvakt eller nattevakt. Det har vært viktig å forsøke og klargjøre egen forforståelse omkring problemet og beholde en undrende holdning. Andre feller som jeg har måttet passe meg for, er å innta rådgiverrollen, ekspertrollen eller veilederen. Dette er kjente roller for meg, fordi jeg har vært veileder for både studenter og sykepleiere og jeg har lang erfaring som sykepleier. Så rolleavklaring og bevissthet om egen status var viktig for meg.

### **Intervjusituasjonen**

Jeg har tidligere skrevet at det kvalitative intervju er en dialog mellom intervjueren og informanten, der relasjonen har betydning for meningen som skapes. En god relasjon vil ha betydning og intervjueren bør ha kunnskaper og teori om hvordan det tilrettelegges i en intervjusituasjon. Det er en faglig samtale og det er viktig å være forberedt både mentalt og faglig før intervjuet. I en slik samtale er det nødvendig å skape et klima av trygghet og en opplevelse av at intervjueren vil meg vel. Det handler om kroppsspråk, være støttende og lyttende. Jeg opplevde at min erfaring som sykepleier og veileder gjennom flere år, gjorde at jeg var trygg i intervjusituasjonen og at det var et godt klima under intervjuene. Det oppstod allikevel situasjoner der det var en utfordring å skille mellom intervjurollen og veilederrollen. Blant annet når jeg lyttet til opplevelser og sterke historier som de selv var berørt av, og som likeledes berørte meg. Da var det især viktig å ikke gå inn i veilederrollen ved å stille videre spørsmål angående aktuelle episoder. I disse tilfellene, valgte jeg å gi støtte, for så å gå videre i intervjuet. Dette er et dilemma enhver intervjuer vil møte, man noterer et behov for oppfølging, men kan ikke følge det opp.

Gode intervjupersoner er interesserte og motiverte, har kunnskaper og kan uttrykke dem verbalt (Kvale1997). Det positive element ved intervjuene var at informantene hadde mange nære og til dels vanskelige situasjoner og erfaringer som de ønsket å fortelle om, bare noen lyttet. Informantene var personlige og villige til å dele sine inntrykk. Informantene uttrykte

seg slik i etterkant av intervjuet, om det å bli intervjuet: *"Men det var faktisk ganske bra, både når vi har sittet og snakket og når du har spurt. Det er da jeg begynner å tenke gjennom de tingene, hvordan jeg er hver dag på jobb, og ting jeg gjør. Og det var faktisk mer vi skulle reflektert over,"* andre sa: *"Ja, du kom på rett tid..."* og *"Jeg synes bare det er godt at du tar tak i det. Jeg tror det er viktig, veldig viktig, fordi det blir veldig glorifisert på sykepleien, hvordan det skal bli og hvordan det skal være, og du møter realitetene med et smell".*

Et utforskende intervju må være åpent og strukturen bør kunne endres underveis. (Thornquist 2003). Jeg startet intervjuet med å introdusere tema, og utdypet dette med at det først og fremst var deres opplevelse og erfaringer jeg var interessert i. Intervjuguiden listet spørsmålene opp under på forhånd gitte tema. Det første tema gikk på deres verdier og idealer i møtet med praksis, knyttet opp til en situasjon der de vanskeligste og vanligste etiske dilemmaene ble tydelige. Under neste tema var spørsmålene knyttet til arbeidsoppgaver og rutiner. Hensikten var å illustrere organiseringen som er gjeldende ved sykehuset og arbeidsfeltet sykepleierne arbeider i. Det tredje temaet handlet om refleksjon over deres erfaringer og rolle, og hvilken oppfølging man mottar som nyutdannet. Hva kunne de ønsket seg og/eller hva trengte de? For å være åpen for det de hadde å formidle, fikk de selv velge om de skulle fortelle fritt utfra intervjuguiden, eller om jeg skulle følge opp guiden med spørsmål. Samtalene endret seg underveis, i form av at det oppsto ulikt fokus på de ulike tema, utfra hver enkelt informant sin subjektive erfaringer og personlige interesser.

Repstad (2004) oppsummerer det kvalitative intervju på en god måte. Han skriver at noe av det viktigste i en slik intervjusituasjon, vil være å ha respekt for informantenes situasjon. I praksis betyr det å oppnå tillit ved å vise respekt og forståelse for intervjuobjektets hverdag. Man bør unngå spørsmål som gjør at hun føler seg krenket eller spørsmål som krever å besvares med et forsvar. Som intervjuer, må man ha den største respekt for aktørenes subjektive virkelighetsoppfatning.

## **Transkribering**

Transkribering er både en teknisk prosess og en tolkningsprosess. Den tekniske prosessen er å ha godt opptakerutstyr slik at man sikrer god kvalitet på intervjuene og dermed mulighet for å skrive dem nøyaktig ut. Intervjuene i denne oppgaven ble notert ordrett og det ble forsøkt å fange enkelte visuelle aspekter som jeg oppfattet som viktige. Underveis mens man skriver, så hører man og gjør seg egne tanker i forhold til hva som blir uttalt. Man sammenligner med

tidligere svar og automatisk får noen tema større oppmerksomhet inni eget hode enn andre tema. Som intervjuer må man stadig minne seg selv om at transkribering er en kunstig konstruksjon av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form. Det er en form for dekontekstualisert versjon av intervjuene, som ikke inneholder de visuelle aspektene, omgivelsene, ansiktsuttrykk, emosjonelle uttrykk og kroppsspråk (Thornquist:2003).

Det er viktig å beskytte informantenes konfidensialitet og anonymitet og eventuelt andre personer som blir nevnt i løpet av intervjuet. Både diskettene og det utskrevne transkriberte materialet skal lagres trygt og diskettene skal derfor slettes når oppgaven er ferdig. Med slike betingelser og krav til intervjuer, vil man sikre at informanten opplever situasjonen som trygg, et sted hvor hun kan si det hun har på hjertet uten frykt for ettervirkninger.

### **Etiske overveielser**

All forskning skal arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Det er krav om at informantene ikke skal utsettes for skade eller smerte i forbindelse med undersøkelsen. Etiske overveielser som beskrives videre, skal være i tråd med de etiske prinsippene som er grunnlaget for Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening. Min forskning er ikke pasient relatert, den er rettet mot nyutdannede sykepleiere. Helsinkideklarasjonen omfatter forskning relatert til pasienter og gir ikke samme beskyttelse for forskning relatert til helsepersonell. Her skal vi utøve vårt beste skjønn og en ansvarlig forskningsetikk. Når dataene gjengis, bør faglige dilemmaer ikke eksponeres på en måte som kan skade informanten. Man skal utøve lojalitet overfor kolleger. Informantenes utsagn skal håndteres på en måte som samsvarer med slik de var ment (Malterud 2003). Jeg avsluttet intervjuene med å spørre om hvordan de hadde opplevd å bli intervjuet. De fikk også mulighet til å ta kontakt hvis de ønsket å tilføre eller slette noe i intervjuet.

I gjennomføringen av intervjuene skal man vise respekt for individets frihet og selvbestemmelse. Jeg brukte informert samtykke, samt et informasjonsskriv om undersøkelsen som informantene fikk (vedlegg to og fire). Informantene har krav på informasjon som er nødvendig i forhold til å få en rimelig forståelse av prosjektet.

Anonymiteten til informanten skal sikres. Jeg følger datatilsynets regelverk. I mitt materiale, det vil si disketter og de transkriberte intervjuene, har jeg ingen navn registrert. Jeg har heller ikke noen navneliste. Alt materiale skal slettes og makuleres når oppgaven er innlevert. Under

oppgaveskrivingen skal materialet behandles med aktsomhet, utilgjengelig for utenforstående. Min oppgave handler om de nyutdannede sykepleierenes opplevelser og erfaringer. Sitatene som gjengis skal ikke kunne knyttes direkte tilbake til person. Jeg har fjernet opplysninger som diagnoser og avdelingens navn, som kunne knytte informanten til en avdeling. Jeg har begge kjønn med som informanter, med stor overvekt av kvinner, men jeg bruker sykepleieren eller hun, når jeg refererer til informanten. I et par situasjoner, forteller de historier hvor pasienten er en del av historien. Der har jeg anonymisert, endret og utelatt opplysninger, som ikke har betydning for historien, som primært dreier seg om sykepleieren.

I selve intervjusituasjonen er der ulike hensyn å ta, som er grundig beskrevet under tema: *Intervjusituasjonen*.

## **Analysering av materialet**

Å analysere betyr å dele opp noe i biter eller elementer. Gjennom analysen skal materialet lede fram til nye beskrivelser, nye begrep eller nye teoretiske modeller. Leseren skal kunne følge prosessen og forstå hvordan forskeren er kommet fram til sine resultater. I analysen skal man kunne se sammenhengen mellom rådata og resultatene ved at materialet organiseres og inndeles. Rådata tilsvarer de ubehandlede kvalitative intervjuene, hvor resultatet er den analysen som etableres på bakgrunn av en fortolkning og sammenfatning av overfor nevnte intervju. Viktige moment som tilhører analysen er systematisk og kritisk refleksjon, samt evnen til å identifisere og gjenfortelle historier. Resultatene bør drøftes opp mot eksisterende teorier og til sist kan analysen formidles. Det er viktig at jeg som forsker og intervjuer har lojalitet overfor informantenes opprinnelige mening og utsagn, og at materialet også etter en dekontekstualisering, fortsatt stemmer overens med teksten det ble tatt fra. *”Vi skal bruke den enkeltes informant historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder flere, lese historiene på tvers og gjenfortelle gjennomgående trekk eller løfte fram fenomener fra en enkelt informant som kan lære oss noe om andre”* (Malterud 2003:95).

## **Valg av analysemetode: systematisk tekstkondensering**

Et grunnleggende spørsmål angående valg av analyse er hvordan man finner ut hva intervjuene forteller, i forhold til oppsatt problemstilling? Det finnes ikke noen standardmetode for tekstanalyse, men det finnes noen generelle tilnærmingmåter til analyse av kvalitativt materiale som involverer ulike tekniske prosedyrer (Kvale 1997). Kvale nevner

fem ulike måter: *meningsforetting, meningskategorisering, narrativ strukturering, meningstolkning og meningsgenerering gjennom ad hoc metoden* (Kvale 1997:125).

Som analysemetode har jeg benyttet systematisk tekstkondensering beskrevet av Malterud i *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2003). Den metoden er forankret i *Giorgis analyse og grounded theory*, og er tilnærmet lik det Kvale (1997) omtaler som meningsfortetting. Systematisk tekstkondensering har også likhetstrekk med *editing analysis style* som Miller og Crabtree (1999) presenterer som én av tre ulike strategier for analyse av kvalitative data. De andre to benevnes som *immersion/crystallization analysis style* og *template analysis style*. Editing analysis style består i at man identifiserer enheter i teksten, som videre brukes til utvikling av databaserte kategorier. Da kan man reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig fram. Metoden er velegnet ved utvikling av nye begrep (Malterud 2003).

Systematisk tekstkondensering er en metode for tverrgående analyse der informasjon fra forskjellige informanter sammenfattes. Den egner seg for utvikling av beskrivelser og for begrepsutvikling. Systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og har likhetstrekk med prosedyren som beskrives i grounded theory. Grounded theory er en praksisforankret teoriutvikling, som vil si at man ser på betydningen av begivenheter for mennesker og på symboler mennesker bruker for å meddele dem. Vi bruker symboler til å forstå og tolke vår virkelighet, og vi handler ut fra dem. Den fenomenologiske analysen har som formål, ifølge Giorgi, å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Giorgi anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn. Disse utgjør hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering (Malterud 2003):

1. Å danne seg et helhetsinntrykk.
2. Å identifisere meningsbærende enheter.
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter.
4. Å sammenfatte betydningen av dette.

### **Gjennomføring av analysen**

Det anbefales å lese gjennom alle intervjuene, for å danne seg et helhetsinntrykk. Man forsøker å legge til side forforståelse og teori, og samler seg om inntrykk som teksten formidler uten å systematisere. Etter å ha lest gjennom intervjuene, starter prosessen med å danne seg et overblikk av elementene hver enkelt intervju presenterer. Gjentatte ganger gikk



jeg tilbake til intervjuguiden som forelå for å reflektere over hensikten med de ulike spørsmålene, og endte opp med foreløpige mulige tema:

1. Idealene/endringer.
2. Å beskrive min hverdag som nyutdannet sykepleier.
3. Refleksjon, hvor og sammen med hvem? Stimulert til refleksjon?
4. Strukturen på avdelingen/systemet vi arbeider i/arbeidsoppgavene/rutiner.
5. Oppfølging som ny.
6. Å beskrive en situasjon som har gjort inntrykk på informanten.

Trinn to i analysedelen omhandler en identifisering av meningsbærende enheter, som vil si å organisere og kode teksten under de foregående temaene. Det handler om å skille relevant tekst fra irrelevant tekst knyttet til problemstillingen, å spore de deler av teksten som belyser og gir økt kunnskap om ovennevnte temaer (Malterud 2003). Materialet kodes for å finne og klassifisere de meningsbærende delene, hvilket vil si at de ulike temaene noteres, teksten kodes med ulike farver og tekstutdrag med nummer til respektive informanter klassifiseres. Slik oppnådde jeg oversikt over de forskjellige bidragene fra informantene, noe som er viktig i analysens slutfase og i validering av funnene.

De første temaene dreier seg om sykepleierens personlige møte med praksis, hennes idealer og verdier, og hva som skjer med sistnevnte i dette møtet: en prosess karakterisert av sosialisering, endringer og ambivalens. Neste tema introduserer systemet og organiseringen av sykehuset, samt arbeidsdagen med dens rutiner og arbeidsoppgaver. Siste tema er definert som situasjoner. Disse kan kodes under flere subgrupper, da de rommer etiske og faglige, så vel som personlige dilemma. Foreløpig blir de stående som situasjoner, som beskriver flere av dilemmaene som sykepleieren opplever, og som belyser deres arbeidssituasjon. Koder er et middel og et organiseringsprinsipp, de skal ikke betraktes som et mål i seg selv. De henviser til en metode som kan beskrives som en systematisk dekontekstualisering, hvor deler av teksten tas ut av sin rette sammenheng og kodes i en gruppe, slik at de kan leses sammen med andre like uttalelser (Malterud 2003).

Under mitt arbeid med å transkribere og klassifisere intervjuene, så jeg meg nødt til å lage flere subgrupper. Dette leder til trinn tre: kondensering av informasjon. Man abstraherer seg fra innholdet for å hente ut mening i forhold til temaene. Teksten krympet til halvdelen, sortert under subgrupper som rommet avgjørende og viktige moment i forhold til fremtidige

kapitler. Jeg søkte etter mulige tolkninger og ulike tilnærminger. Under arbeidet med kondenseringen, skilte teksten seg i tre hovedkapitler. Ett som vil introdusere verdier/idealer i møte med praksis, med subgrupper som dannelse og den nyutdannedes opplevelse av å være ny på arbeidsplassen. Teoridelen som knyttes til tema er det historiske og kulturelle grunnlag for sykepleien og utvikling av den kvinnelige omsorgshabitus, samt Bourdieus habitusbegrep. Jeg trekker inn begrepene livsverden og systemverden. Neste kapittel inkluderer møtet mellom den nyutdannede sykepleieren og sykehuset som organisasjon, hennes opplevelser og erfaringer. Hvordan er hverdagen, preget av ulike arbeidsoppgaver, arbeidsdeling, rutiner og samarbeid? Aktuell teori er kunnskaper om hva som kjennetegner sykehuset som organisasjon. Jeg bruker Strands (2001) begrep, byråkratisk ekspertorganisasjon. Videre har boken *Maktens samvittighet* (Vike 2002) vært nyttig i forhold til å belyse organisasjonen, velferdsstatens målsetninger og sykepleierens rolle. Neste tema handlet om hvilken oppfølgingen sykepleieren fikk som nyansatt, og hvilke muligheter de hadde til refleksjon over egen yrkesutøvelse. I det siste kapitlet forsøker jeg å belyse sykepleierens posisjon, ved å bruke noen av situasjonene de fortalte om.

I forhold til videre analyse anbefales det å utvikle et sitat for hver temagruppe for å få oversikt og lette arbeidet som med å resymere de tre kapitlene. Man identifiserer temaer og begrep som vil drøftes videre, og som vil kaste lys over problemstillingen. Beskrivelsene gjengitt i form av sitater skal formidle nyanser og mangfold. De skal utvide leserens forståelse og gi ny innsikt i forhold til innhold og meninger. Nye begrep utvikles ved systematisk sammenfatning av mønstre, som leses ut av innhentet materiale. Først sammenfatter man kunnskapen fra hver enkelt subgruppe og hvert tema. Man gjenforteller, for lettere å formidle teksten i forhold til et utvalgt tema som prosjektet omhandler. Sammenfatningen skal være lojal mot informantens stemme og gi en gyldig beskrivelse av sammenhengen den er hentet fra (Malterud 2003).

Den første temagruppen, kan man eksempelvis sammenfatte slik:

De nyutdannede har høye idealer, som gjør at de føler de skulle gjort mer.

De har mange tanker og erfaringer, men få å reflektere sammen med.

De høres lite, og de opplever at det er lite etterspurt hvordan de egentlig har det.

Et sitat som uttrykker noe av det, *"Det jeg føler i bunn og grunn, er at vi er en sliter på golvet, sånn er det. Vi blir ikke ivaretatt, og det viktigste er at vi gjør jobben. Og måten vi gjør det på er ikke så fryktelig viktig, og kvaliteten den betyr ingen ting oppi det"*.

Setninger som beskrev neste tema er:

Hverdagen består av utallige oppgaver.

Det skal gjøres effektivt, med litt omsorg når det er tid, eller innimellom.

Manglende grenser for egen yrkessituasjon.

Stort behov for samtaler og refleksjon, som det er lite av.

Siste tema handler om sykepleierens posisjon, belyst ut fra situasjoner de fortalte om.

## **4 Den nyutdannede sykepleierens opplevelser i arbeidet på en avdeling**

I påfølgende kapittel presenteres funn knyttet til tema: verdier og idealer i møte med arbeidsfeltet. Det vil si de tankene sykepleieren har etter endt utdanning, idet de starter sin yrkeskarriere på sykehuset. Informantenes uttalelser forteller om høye idealer og verdier, der den helhetlige sykepleiertenkningen inkluderes. Jeg bruker to konkrete situasjoner som de fortalte for å ytterligere belyse deres opplevelser og tanker knyttet verdier og idealer.

Informantene forteller om ...*virkeligheten de har møtt...*, og reflekterer over endringer i verdier og idealer. Kapitlet beskriver primært deres personlige prosess de første årene som sykepleiere. Opplevelsene og situasjonene er kommet fram gjennom spørsmål, om hvordan de opplever hverdagen, og hvilke faglige og etiske dilemmaer de opplever i sitt arbeid. Et dilemma konkretiseres i deres opplevelse av manglende dobbeltkontroller av medisiner.

### **Verdier og idealer hos den nyutdannede sykepleier**

For åtte av de ni informantene har det vært et klart mål å bli sykepleier. For sistemann er det mer et tilfeldig valg. Yrket omtales som et flott og viktig yrke, som de er stolte av. De har høye idealer og verdier både som profesjonell sykepleier og til seg selv personlig. Uttalelsen understreker ovennevnte: ” *Jeg har alltid syntes det var et flott yrke. Det er viktig å vise respekt. Det der med etikk på skolen var helt nødvendig. Man er ikke helt klar over maktrollen vi har. Så jeg tror det gjør noe med deg, du forandrer deg.* ”

Den helhetlige sykepleiertenkning inkluderes. Det er viktig for dem å se pasienten som et menneske, og ikke bare en som er syk. Man vektlegger å behandle pasientene likt uansett stand og stilling. ” *Jeg tenkte jeg skulle være en god sykepleier - se alle på samme måte, holde det kliniske blikket, observere ting jeg skal gjøre. Det er vanskelig å gjennomføre.* ”

Pasienten og pårørende skal ivaretas, ved å være tilstede, formidle trygghet og bidra til at sykdomsforløpet går så trygt og smertefritt som mulig. Arbeidet med mennesker er sentralt og det innebærer samarbeid og dialog med pasient og pårørende. I forhold til hva som er en god sykepleier på deres avdeling sier en informant om hvor hun fikk sine idealer:

*De idealene jeg har, de fikk jeg i praksis. Veldig mange på studentposten, og noen her på avdelingen, gjorde inntrykk som rollemodeller. Du ser det med en gang, du merker at de har kunnskaper og klarer å bruke de. De oppnår en kontakt med pasienten. Og det med å være direkte, du ser at det faller naturlig. Mange har kunnskaper, men kan ikke samarbeide med pasienten. De er troverdige, de liker jobben sin, de er engasjerte, og da får de og pasienten mer med på hva vi egentlig holder på med. Så blir det ikke sånn at vi står ovenfor og forteller dem hvordan det er og hvordan det skal gjøres, det blir mer et samarbeid. Jeg lærer ved å være ute i feltet og hos pasienten, og da blir jeg mer nysgjerrig. Så går jeg til bøkene og får teorien inn der. Jeg prøver å holde på mine idealer, og jeg ser fremdeles ting å strekke meg mot.*

Videre skal en god sykepleier ha gode kommunikasjonsferdigheter, slik at pasient og pårørende får tillit til dem. De må være faglig dyktige og ha manuelle ferdigheter. Sykepleieren bør ta ansvar for det hun gjør og kunne begrunne det faglig. En informant mener at hun bør ha kunnskaper om de yrkesetiske retningslinjer og kunne anvende dem i praksis. En god sykepleier skal lytte, ha engasjement, være empatisk, være tilstede i situasjonen og vise nærhet. Hun skal samarbeide og ta vare på sine kolleger. Det gjør man når man diskuterer faglig med hverandre og tar imot råd og veiledning. Hun skal holde hodet kaldt og ikke stresse. Man bør være ”organisert”, det vil si at sykepleieren skal ha oversikt over oppgavene, planlegge forløpet til pasienten og tenke langsiktig. ”Det er to slags gode sykepleiere på denne avd. Du har dem som jobber, som har ansvaret og får gjort ting, og du har de som ikke får gjort så veldig mye, men som bruker god tid hos pasienten.”

To situasjoner belyses ytterligere for å beskrive informantenes idealer og verdier. Den første situasjonen omhandler en pasient, som ble akutt operert. Pasienten kom ifra intensiv avdeling og trengte mye smertestillende og tett oppfølging. Sykepleieren forteller i situasjon 1:

*Jeg begynte å se for meg natten, stakkars nattevakt og pasient, som må ligge å trykke på smertepumpen hele tiden. Pasienten var selvfølgelig engstelig, for han hadde kjent*

*på hvordan det var å dø. Jeg prøvde å berolige pasienten. Å prøve og gjøre det i en situasjon, der jeg var veldig lite gira på å ha pasienten her var vanskelig. Jeg følte at vi ikke hadde kvalifikasjoner i det hele tatt til å ta vare på pasienten. Pasienten var altfor dårlig smertelindret, og det kunne ikke vi håndtere her. Jeg følte ansvar for å følge pasienten opp, det føltes veldig naturlig, men også veldig vanskelig, da det var mye smerteproblematikk. Det å være i den situasjonen, og skulle signalisere trygghet når du føler deg veldig utrygg og vet at dette er for stort for oss, og signalisere den tryggheten da, er fryktelig vanskelig, nesten umulig vil jeg si. Pasienten kom etter hvert tilbake til avdelingen og jeg var engasjert og involvert i pasientens situasjon. Jeg tok kontakt med nødvendige samarbeidspartnere og utviklet et tverrfaglig opplegg. Dette er ikke en solskinnshistorie, men jeg følte at jeg opp i det hele gjorde det levelig for pasienten å være her, og gjorde situasjonen best mulig. Det var meg, sammen med en lege, som styrte hele smertelindringen, så det lærte jeg mye av. Akkurat i den situasjonen følte jeg at det var opp til meg og at ingen andre kunne gjøre en fullgod jobb. Det var en kompleks situasjon, og jeg følte jeg kom godt ut av den, egentlig. Dette var en situasjon der jeg bare tok meg tid. Vi hadde det greit i avdelingen da, men her prioriterte jeg rett og slett, framfor det meste andre.*

Denne situasjonen forteller om en sykepleier som tar faglig og personlig ansvar i forhold til å vurdere situasjonen. Hun ivaretok både pasientens og kollegers behov. Pasienten trengte mer smertelindring og mer oppfølging enn avdelingen hadde ressurser til. Helhetlig sykepleie ble utført, blant annet ved i å trekke inn andre profesjoner, for å ivareta pasientens situasjon best mulig. Sykepleieren tok på seg ansvaret. Hun samarbeidet med andre fagpersoner, og hun prioriterte oppgavene hos den aktuelle pasienten fremfor andre oppgaver. Til tross for at det var krevende, så opplevde sykepleieren en tilfredstillelse i arbeidet. Vike (2002) finner også at det som gir sykepleieren tilfredstillelse i arbeidet, er i de situasjoner der de får utført god omsorg knyttet til helhetlig sykepleiertenkning.

Neste situasjon er følgende, situasjon 2:

*Det var en travel helgevakt, og en sykepleier blir ropt på fordi en pasient var blitt våt, et uhell med vannlatingen, og han trengte en dusj. Jo, jeg satte i gang og fikk han med meg, ikke uhøflig, men veldig kjapt, fikk han i dusjen, fikk av han klærne, dusjet han, på med klærne, hadde nesten ikke tid. Senere gikk jeg inn til pasienten, jeg tenkte at dette var en dement pasient, eller en som ikke fulgte så mye med. Det viser seg at det*

*var en vanlig oppegående mann, som hadde hatt et uhell. Han sier: ” Der er hun, vi hadde det så koselig i dusjen”. Da kjente jeg det ”sokk” i meg, for vi hadde det ikke koselig, det var nesten et overgrep. Han kunne kledd av seg selv, men jeg bare flekket av han alt, som var bløtt, og fikk på han for jeg hadde liten tid. Han kunne både kledd av seg selv, og kledd på seg selv og dusjet. Det kjente jeg på i ettertid, og det har hengt i meg lenge. Jeg så bare kroppen som skulle vaskes, og ville jeg likt at noen gjorde det mot meg? Nei. Og det har ”satt i meg”, skikkelig altså.*

Sykepleieren er preget av tidspress og har fokus på å utføre oppgaven raskt og effektivt. I situasjonen opplever hun at hun handler på tvers av egne idealer. Flere av sykepleierne fortalte at de ønsket å se mennesket bak sykdommen og diagnosen. Situasjonen viser dilemmaet mellom det man ønsker å gjøre og handlingen som faktisk skjer. Relasjonen er ikke slik sykepleieren ønsket det skulle være, preget av kontakt, samarbeid og forståelse. Når hun i ettertid skal fortelle om opplevelsen, beskriver hun det som at hun kjenner det i hele seg, det kjennes i kroppen. Hvis hverdagen stadig er preget av situasjoner som beskrevet ovenfor, er det en fare for at man etter hvert aksepterer utførte handlinger, som det som er nødvendig og det rette. Konsekvensen av en slik prosess kan føre til endring av verdier og at man aksepterer ”... at det er slik det er her.” Vike (2002) skriver om misforholdet mellom behov og ressurser som blir tydelige i møtet mellom mennesker, og at sykepleieren blir bærer av dilemma mellom behov og evnen til å tilfredsstille dem. Sykepleierne er spesielt utsatt for opplevelsen av å ikke strekke til. I deres manglende mulighet til å realisere idealene ser han en tendens til at det kan bli omdefinert til en personlig utilstrekkelighet (Vike 2002).

Informantene fremholder et humanistisk menneskesyn. Situasjonene handler om idealer og verdier knyttet til pleie og omsorgsaspektet i sykepleien. Verdier og idealer er dannet ifra deres liv og personlighet og de påvirkes og utvikles ved økte kunnskaper gjennom utdannelsen. Bakken (2001) påpeker kontraster når han skriver at hovedtrekkene innenfor utviklingen av sykepleierfaget, spesielt innen somatiske sykehus, fra 70-tallet er en økende instrumentalisering. Sykepleierutdanningen og sykepleierforskningen forsøker å dreie denne utviklingen i en annen retning. Kontrastene oppstår og blir tydelige når den nyutdanna sykepleieren har andre forventninger til egen utførelsen av yrket, enn det hun møter i en praksis preget av instrumentalisering og effektivitet.

## Verdier og idealer i endring

Etter ca. to år i yrket, uttrykker informantene at de er blitt en del av ”systemet”. De forsøker å holde fast ved sine idealer, men de sier at ”...*de er nødt til å forandre på noe, fordi de har sett og opplevd virkeligheten*”. Samtidig har de tilegnet seg mange erfaringer, og mener også at de har blitt tryggere og bedre sykepleiere. Utviklingen beskriver de som at de er mer modne og tør å gå inn i flere situasjoner. På den annen side uttrykkes en bekymring for å bli utbrente. En av informantene sier at slik det er nå ”... *så dreper det engasjementet mitt*”. Det er en mentalt slitsom prosess. Hun har en opplevelse av å ha et viktig arbeid, som hun ikke får gjort. Flere av dem har tanker om det er dette de ønsker i framtiden, da det har vært lite overskudd til annen fritid. Det er mange tøffe dager, situasjoner og erfaringer som gjør at de er kommet dit de er i dag. I forhold til endringer i deres idealer og verdier sier de:

*Vi skriver avviksmeldinger, men det nytter jo ikke, så det er bare sånn det er. Vi må ha flere folk, enten må vi godta det eller slutte, så jeg har vel godtatt det på en måte. Idealene har endret seg litt. Jeg har opplevd virkeligheten. Du er nødt til å forandre deg for å være i dette yrket, selv om jeg skulle ønske det ikke var slik. Det er systemet, lite bemanning og masse pasienter. Jeg tenker når jeg reiser hjem at det var ikke sånn jeg hadde tenkt, ikke det jeg vil. Så jeg tenker likt ennå, men realitetene er jo en annen. Samtidig ser jeg at jeg sitter mye tryggere nå enn når jeg begynte.*

*Jeg har fått noen knekker i forhold til mine illusjoner, når jeg ser hvor tilfeldig mange ting blir, og ser hvor alene en ofte står i forhold til å ta tak i ting.*

*Det er flaut å jobbe her, ganske ofte, skikkelig flaut. Ja, du kapitulerer til slutt. Du tenker når ingen andre, alle er frustrerte, da gidder ikke folk ta ansvar lenger og da gidder ikke jeg heller være den eneste som rydder opp og ordner opp for alle. Det sliter meg ut og du bruker alt opp på jobben, og det har jeg ikke lyst til. Det første året var helt kjekt, men nå har jeg fått en smell. Det er jo skikkelig travelt ! Hallo!, det var ikke dette jeg utdannet meg til. Du kjenner bare at du blir sur når du kommer på jobb. Det virker inn på hele holdningen, du blir lat og gidder ikke, og du føler deg irriterte, og det dreper engasjementet mitt! Du får likom ikke gjort noe med det uansett. Jeg blir irritert på meg selv, og så blir jeg bare sittende og frese og får ikke*

*gjort noen ting. Jeg er veldig stolt av yrket mitt og jeg tror vi har en veldig viktig jobb. Det som er så dumt at vi ikke får gjort den og.*

## **Opplevelser og erfaringer som nyutdannet sykepleier**

Informantene beskriver at deres idealer og verdier har endret seg etter cirka to år i arbeid. Opplevelsene og påvirkningen de har vært gjennom kan bidra til belyse det. I dette kapitlet forteller informantene om å være ny, og overskriften kunne vært ”*Det var en ganske tøff begynnelse, og jeg følte jeg var alene*”.

Informantene er særdeles aktive. De utviser stor egeninnsats personlig og faglig i forhold til å mestre sitt arbeid. Blant annet forteller de at de melder seg på mange kurs og leser faglitteratur. Dette skjer ofte på fritiden. De er aktive i forhold til kolleger, blant annet i forhold til legene. De påpeker og gjentar hvis de ikke blir hørt når de oppdager unormale verdier i ulike målinger, feil føring på kurver, manglende bestilling av blodprøver og lignende.

Åtte av ni informanter beskriver en kaos-tid i starten av sin yrkesutøvelse, med vanskelige opplevelser og erfaringer. En av dem sier at hun ikke hadde følt overgangen fra student til sykepleier så avskrekkende, og begrunner det med mye praksis under utdannelsen og ekstravakter. Hun forteller derimot at hun etter et års tid fikk seg en ”*knekk*”. De andre beskriver starten som:

*Det var litt tøft å være nyutdannet. De første seks månedene, alt var nytt, alt var nytt og travelt. Det er så mye man tenker, dette å ikke ha erfaring, og å ikke ha nok kunnskaper og kliniske ting. Så strever du med det, og så alt det andre, det var jo nesten en kamp. Når jeg tenker på det nå, så var jeg sikkert helt forvirret, jeg var sikkert helt sann — hva er det som skjer. Det har vært, nei det var et kaos, jeg greier ikke liksom ta en ting, for det var alt.*

Møtet beskrives som et sjokk. Det var tøft fordi arbeidspresset var hardt og oppgavene nærmest uendelige. Informantene beskriver usikkerheten ved å være ny, i forhold til egne kunnskaper og handlinger, samt usikkerhet i forhold egne og andres forventninger om hva sykepleierrollen består i. Havn og Vedi (1997) finner, i forhold til samarbeidskompetanse, at



de nyutdannede sykepleierene har begrenset kunnskap om andre relevante yrkesgruppers kompetanse og arbeidsoppgaver. De har også en usikkerhet på egen rolle i forhold til andre yrkesgrupper (Havn, Vedi 1997). I utdannelsen har det vært fokus på verdier knyttet til omsorg og mindre på den systemverden de faktisk møter. Informanten beskriver en frustrasjon over dette, og at hun har ikke noe verktøy til å håndtere dette dilemma:

*Det var en ganske tøff begynnelse, jeg stod ganske alene. Det var veldig hektisk, og det var liten tid til refleksjoner og et klapp på skulderen fra kolleger. Vi må lære av feilene vi gjør, men det er det at feilene her kan få så store konsekvenser, og det er vi som bærer de med oss og tar det på oss selv. Det jeg hadde trengt her fra skolen var klarere grensesetting i hva som er forsvarlig sykepleie, for forsvarlig sykepleie blir bare et ord. Hva kan vi forlange i vår arbeidssituasjon, og hva kan vi forlange er på plass for oss når vi begynner? Hva er det som ikke er vår jobb å holde på med, og hva er det vi faktisk kan si ikke er vår jobb, og da skal vi ikke gjøre den jobben. Og at vi hadde fått litt mer fra skolen i å takle vanskelige situasjoner, der en føler en står alene. Det var vi aldri inno i det hele tatt, der du vil føle som nyutdanna, og det vil de aller fleste gjøre, har jeg gjort noe galt her, kunne jeg gjort noe annerledes? Vi kunne fått litt mer i fra skolen, kanskje blitt fortalt om de situasjonene en ville føle det sånn. Den tanken var vi aldri inno engang, så vidt meg bekjent. Og være forberedt på at de situasjonene kommer, hadde vært veldig greit, ifra skolen sin side, og ikke bare blitt servert et luftslott. For det holder ikke alltid å være snill og grei, ha empati og følge prosedyren.*

Flere av informantene uttrykker at de i utdannelsen er blitt servert ”et luftslott”. De møter virkeligheten i arbeidet, som en annen virkelighet enn det som ble vektlagt gjennom utdanningen. T. Rask Eriksen har skrevet bøker, artikler som underbygger deler av det samme. Hun er opptatt av at essensen i faget, det å yte omsorg til syke mennesker, står i fare for å forsvinne. Forskingen hennes har blant annet hatt fokus på den kvinnelige omsorgskultur og hvordan jenter utvikler en omsorgshabitus. Hvordan jenter gjennom kjernefamilien lærer å orientere seg mot å tilfredsstille andres behov, ”... denne indre strukturering utgjør grunnlaget for en ytre strukturering fra det kvinnelige livsrom ” (Eriksen1990:134). Samtidig er det ytre vilkår, strukturer i handlingsrommet, som tillater og avgrenser en aktørs handling og atferd. Bourdieus habitusbegrep benyttes for å fremstille omsorgshandlingene som ”...sosialt betinget, ubevisst og inoptaget livet igjennom til en

*bestemt livsinnstilling* (Eriksen 1989:8). Videre skriver hun at motsetningen mellom omsorgshabitus og systemet blir drivkraften til en abstraktliggjørelse og teoretisering av sykepleien. At sykepleierfeltet er blitt drevet fra det konkrete omsorgsarbeid til det abstrakte omsorgsarbeid (Eriksen 1989). Er motsetningen blitt så stor mellom sykepleierteori og selve arbeidet i en avdeling at det studiet beskriver og er opptatt av, fører til økte forskjeller, nærmest beskrevet som to ulike verdener. Er det et dilemma, som gir økt stress hos den nyutdannede sykepleieren? Sosialantropolog Haukelien (2005) skriver at økt vektlegging på ”tradisjonelle” verdier og en revitalisering av F. Nightingales prinsipp for sykepleie, kan betraktes som et svar på strukturelt betinget press, skapt av endringsprosesser. *”Det må betraktes som en strategi for å bearbeide et dypt følt motsetningsforhold mellom det økende kravet til effektivitet og ønsket om å realisere faglige idealer”* (Haukelien 2000:131). Hun henviser til andre antropologiske studier, der kulturer framstår som tradisjonelle, fordi det er en strategi for undertrykte grupper å bearbeide og håndtere maktrelasjoner i en moderne kontekst.

Informantenes beskrivelse av den første tiden i arbeid: *”Jeg ble plutselig kastet ut i det, det ble så mye for meg. For meg ble det kjempemasse, jeg ble -- det første halve året var helt sykt, jeg gikk og bare var helt sånn, for du blir jo redd, og jeg ble så sint. Det første halve året som sykepleier tenkte jeg, at jeg vet ikke om jeg orker dette her, det er helt grusomt -- jeg tenkte at jeg kanskje hadde valgt helt feil. Blir det for tøft, kan jeg begynne i kommunen eller noe sånt.”*

*”Å være ny var -- veldig tungt, det var oppkast om morgenen før du gikk på jobb. Jeg visste det kom til å bli tøft, men jeg hadde aldri trodd det skulle bli så tøft, det hadde jeg aldri trodd.”* De er sinte og frustrerte. De opplever fysiske og psykiske belastninger, angst, redsel, søvnproblemer, oppkast, og en følelse av å være alene. De er redde for å ikke strekke til, samt redde for å gjøre feil, spesielt i forhold til medisiner. Ord og uttrykk som brukes er: *”...det var litt tøft, ja det var virkelig et sjokk, jeg visste det skulle bli vanskelig, men jeg visste ikke at det skulle bli sånn.”* Travelhet, tidspress og minimumsbemanning gjør noe med deg. Blant annet beskriver flere at de har dårlig samvittighet fordi de får ikke gjort jobben slik de hadde tenkt, og at de ser mange behov som de må overse.

*Det skjer alltid noe uventet, du føler deg -- du går hjem med dårlig samvittighet. Du blir vant med den dårlige samvittigheten. Du tar det allikevel på deg, for du skulle*

*vært slike jernmenn som skulle fått gjort alt unna. I begynnelsen gikk jeg hjem og tenkte på det i mange timer etterpå. Det gjør jeg ennå, men det er akkurat som det er blitt en vane. Jeg vet ikke om det er helt normalt, men det er jo veldig slitsomt det første året.*

*Du tenker sånn, bør jeg kunne det siden jeg får så mye ansvar, kanskje det er bare jeg som ikke har nok kunnskaper? Kanskje det er helt normalt at du etter noen dager får syv pasienter, når du er helt nyutdanna? Det så ut som det var helt normalt for alle, så jeg tenkte javel -- det er kjempevanskelig å si hvordan du har det.*

*Jeg har vel vært den snille, greie typen. Det har vært veldig vanskelig, jeg prøver å ta alt selv. Det koker, du går hjem og du har sprunget hele dagen, og du har ikke spist. Da orker du ikke lenge i dette yrket, men det har blitt bedre.*

*Dilemma, er tidsmangel, og å prioritere vekk noe du syns er vanskelig å prioritere vekk. Som samtaler og å gå forbi, og å omstille seg fra de forskjellige situasjonene, og å sy sammen et godt opplegg, tverrfaglig .*

Jeg vil ta med noen situasjoner som også belyser dilemma mellom det de har lært og slik det ble gjort i praksis, som er utfordrende for idealene og verdiene. Et konkret eksempel som åtte av informantene snakket om, var dobbeltdokumentasjon av medikamenter. Prosedyren på sykehus er at alle medikamenter som skal gis i venøse årer, samt narkotiske medikamenter, skal kontrolleres av to. Det samme har de lært i utdannelsen. Presentasjon av slike opplevde situasjoner gjengis under:

*På skolen hadde vi lært at når vi skulle skrive ut narkotika så skulle vi være to stk, men det gjør de ikke her, og da ble jeg så redd -- intravenøst kontrolleres ikke heller, og jeg var helt dårlig. Jeg syns det var veldig ubehagelig, spesielt fordi vi gir jo så mye narkotika som smertestillende, og jeg syns det var veldig ubehagelig at ikke folk ville sjekke om det var riktig. Tenk om du ga feil medisiner, og da ble jeg så redd at jeg syns det var ubehagelig å gi, og tenkte -- tenk om jeg ga feil nå, jeg var helt dårlig. Vi hadde jo lært det. De sa bare at du må tenke på det, at det som du har lært på skolen, sånn er det ikke i praksis.*

*Sånn juridisk om det er rett? -- Vet ikke, de sier at det er nok at vi teller om natten, men hva vet vi, om feilene folk gjør. Det er jo bare den personen selv som vet om han gjør feil, eller at han tar selv. Eller med antibiotika, jeg har jo kommet på dagvakt og sett oj -- han har jo fått feil antibiotika. Det kan være ganske alvorlig, at folk som ikke tåler penicillin får penicillin for eksempel.*

*Når vi tar ut narkotika tar vi aldri dobbeltkontroll, utenom intravenøst og morfin drypp, det kontrollerer vi uansett. Vi bruker så mye narkotika at det går ikke. Det burde gått, men det er praktisk sett umulig. Det er godkjent hos oss. Jeg vet ikke om det helt juridisk er godkjent, men vi gjør det sånn, og så teller vi hver natt. Men jeg begynte jo med, du kan du ? Nei, vi har faktisk ikke anledning. Antibiotika ville jeg også ha dobbeltkontroll på. Det begynte jeg også på, men det nytter heller ikke. Jeg har nok blitt en del av systemet, men det er noe med tiden. Klart det ikke er bra i det hele tatt, det kan jo føre til at vi gjør feil, og det er flere ganger vi har gitt feil antibiotika, for all del. Det merkes jo det, at sånn skulle vi gjøre det, men hjelp, sånn gjør vi.*

Presentasjon av en situasjonen med lignende dilemma, situasjon 3:

*Andre dagen jeg kom her, måtte jeg gjøre en prosedyre som jeg hadde lært på skolen at jeg som nyutdannet sykepleier ikke skulle utføre. Pasienten var alvorlig syk, og det var veldig komplisert. Det ble veldig sterkt for meg -- jeg måtte gjøre ting her som jeg ikke hadde fått opplæring i. Det har satt sånn veldig -- det har satt sånn, jeg kan huske den pasienten veldig godt, og jeg drømte at jeg var den pasienten, og tenkte på hvilket liv -- Åhh (sukker), du har ikke noen du kan prate med, og da blir det veldig sånn, åhh --*

*Hvordan taklet du det?*

*Når de sa jeg måtte bare inn å gjøre dette her, så sa jeg at det vil jeg ikke, og i tilfelle så må noen vise meg det, og det ble til det da. Da fikk vi undervisning. Ja, men egentlig er det ikke nok da. Å takle den situasjonen som nyutdanna synes jeg var helt grusomt. Når jeg kom hjem, så klarte jeg ikke å slappe av, for jeg tenkte, tenk om jeg har gjort en feil nå. Altså du lærer det jo, men jeg synes kanskje at jeg lærer det litt for tøft.*

De er nyutdanna og skal inn i en ny yrkesrolle og prøve å fylle den. Det er krevende i ethvert yrke, så noen av deres opplevelser må tilskrives det de aller fleste opplever i en ny arbeidssituasjon. Samtidig er sykepleierrollen preget av at det er vanskelig å planlegge dagen på grunn av uventede situasjoner som oppstår. Stadig er det avbrudd, ulike telefoner, prøver og undersøkelser som skal følges opp. Å gjøre en feil kan gi alvorlige konsekvenser for liv og helse. Den nyutdanna sykepleieren vil møte mange komplekse situasjoner med mennesker, familier i krisesituasjoner, der hun ikke har nok kunnskap, erfaring og personlig modenhet til fullt ut å mestre situasjonen.

Det er flere faktorer i situasjonene ovenfor. Er det å ikke utføre dobbeltkontroller blitt en akseptert unnlattelsessynd? Det kan vanskelig forsvares faglig da det representerer en viktig kvalitetssikring. Det er en beskyttelse for å unngå å gjøre feil, samtidig er det en kvalitetssikring for pasienten, en kontroll på at det er rett medisin til rett pasient. Sykepleieren i situasjon 3, opplever at hun må gjøre noe hun ikke skal gjøre. Både faglig og personlig går det på tvers av hennes idealer. Det uttrykkes også når de beskriver ubehaget de føler. Ord som brukes er: *”...vi må, vi er nødt til, etter hvert kommer du inn i rutinene slik det er her”*. De beskriver en usikkerhet i forhold til om det er juridisk riktig. Men det ender med at man godtar, eller overtar det de andre sier og mener er rett eller godt nok. En informant sier: *”...det er godkjent hos oss -- jeg vet ikke om det er helt juridisk godkjent, men vi gjør det sånn”*. Er det sykepleierne som er *de andre* og disiplinerer de nyutdannede sykepleierne, eller er det en praksis som er resultat av noe annet? Representerer det aksepterte oppfatninger, den rådende diskurs, eller er det uttrykk for en rådende kulturell kapital? Kan det forstås som det Vike (2002) finner, at man omgår arbeidsrutiner og egen og pasientens sikkerhet, med tanke på å få gjort mer. Spørsmålene vil drøftes nærmere i kapittel syv.

De nyutdannede sykepleierne blir eksponert, utsatt for følelser, i sitt møte med en ny yrkesrolle. Det man tenker er det riktige å gjøre, for eksempel i forhold til dobbeltkontroll av medikamenter justeres fordi man påvirkes og utsettes for andre og deres argumentasjon, samt en selvdisiplinering som går på å ikke belaste *de andre* med mine spørsmål og krav.

## **Sammendrag**

For informantene har det vært et mål å bli sykepleier. De har verdier som de ønsker å ivareta, der helhetlig sykepleiertenkning inkluderes. Verdiane er i tråd med studiets vektlegging av

ulike omsorgsteorier, og samsvarer med eget ønske om å arbeide med mennesker.

Informantene beskriver en lengre prosess de har gjennomgått de to årene de har vært i arbeid. Flere situasjoner illustrerer møtet mellom ideal og virkelighet. Nye erfaringer og opplevelser påvirker deres verdier og idealer. De forsøker å holde fast, samtidig som de godtar. Prosessen og møtet med arbeidsfeltet vil drøftes i kapittel syv ved hjelp av begrepene livsverden, systemverden og kolonialiseringsteser. Ved kolonialisering ønsker man at den andre blir lik de andre, som har flere likhetstrekk med disiplinering.

Informantene er aktive i forhold til å tilegne seg sin nye sykepleierrolle. Hverdagen har vært preget av vanskelige og kompliserte situasjoner og erfaringer. Opplevelsen som ny beskrives med ord som ”...*det er tøft, nesten en kamp, det var kaos og jeg følte jeg var alene*”.

Sykepleierne har fysiske og psykiske belastninger. De er sinte og frustrerte. Noen retter sinne mot studiet og mangelfull læring i forhold til hva som ventet dem. Noen sier at det må være noe galt med organiseringen og systemet. Den allmenne oppfatningen er at det er slik det er her, jeg får godta det eller finne noe annet.

De nyutdanna skal sosialiseres inn i en yrkesrolle. Det er krevende for alle, så noe av det de opplever kan tilskrives at det er en slitsom prosess. Disiplinering finner sted ved sterk påvirkning av den nyutdannede sykepleier, til å tilnærme og tilegne seg det etablerte, på tvers av egen tenkning. Grensen mellom sosialisering og disiplinering kan være utydelig.

Disiplinering knyttes til endring som gjør at man må handle og tenke på tvers av egne verdier og idealer knyttet til en profesjon, som blir synlig i situasjonene med dobbeltp kontroll av medisiner. Bourdieus habitus begrep kan gi forståelse til hvordan man blir sosialisert, og vil diskuteres nærmere i diskusjonsdelen. Selvdisciplinering er også en komponent knyttet til den kvinnelige eller sykepleierens omsorgshabitus, den allestedsnærværende, tilretteleggeren og husmoderen i systemet. Vike (2002) skriver at problemene i en organisasjon internaliseres i de ansattes bevissthet og kropp. Det handler om en eksternt påført disiplineringsmekanisme som blir et problem rundt faglige idealer, og det oppleves uetisk å redusere omsorgen.

Diskusjonen vil belyses og drøftes i kapittel syv.

## 5 Sykehuset som organisasjon og arbeidets organisering

Her presenteres funn fra intervjuene med tema effektivitet og arbeidsoppgaver. Hverdagen består av ulike arbeidsoppgaver, i direkte pasient kontakt, medisin håndtering, og også administrative oppgaver. Ulike rutiner følges, blant annet legevisitt og rapporter. Hvordan arbeidet på avdelingen organisert, påvirker sykepleieren i hennes arbeid. I dagens sykehus er det fokus på økt inntjening og effektivitet. Flere pasienter behandles med samme ressurser, som fører til at arbeidet intensiveres. Sykepleierne forteller om manglende grenser for egen arbeidssituasjon. Det er vanskelig å avgrense sine oppgaver, fordi ”...alle skal gjøre alt...”.

Neste tema jeg valgte å plassere her, er hvilken oppfølging sykepleieren fikk som nye i avdelingen. Hvor dette tema skulle plasseres, har jeg diskutert med meg selv. Deres opplevelse av ”å bli kastet ut i det”, kunne vært knyttet til opplevelsen av å være ny som beskrives i kapittel fire. Tema plasseres her fordi jeg ønsker å belyse det ved å knytte det til organisering i avdelingen, og hvilke oppgaver som prioriteres. Informantene fikk spørsmål om hvilke arenaer de kunne bruke til diskusjon og refleksjon, og om de ble stimulert til refleksjon etter at de hadde opplevd forskjellige situasjoner.

I dette kapittelet bruker jeg T. Strands bok : *Ledelse, organisasjon og kultur* (2002) for å belyse kjennetegn ved sykehusets organisering, som en byråkratisk ekspertorganisasjon. Annet fokus er effektivitet og instrumentalisering. Jeg har fokus på sykepleierrollen i organisasjonen, samt samarbeid med andre yrkesgrupper belyst med Bourdieus kapitalbegrep. Hvem besitter mest kapital, og hvem definerer hva som er viktig kunnskap?

### Utallige arbeidsoppgaver som skal utføres effektivt

En informant uttaler det slik: ” På jobb er jeg et arbeidsjern egentlig. For en må gi 100 % her, man blir sliten og man prøver hele tiden å tenke og planlegge fremover. Effektivitet er et stikkord her oppe, det vil jeg si, effektivitet overskygger det meste. Å være effektiv i forhold til jobben, følge rutinene og være en omsorgsperson og sånt noe innimellom, det er det hele systemet bryr seg mest om! Ta for eksempel fagutvikling, så er det ikke prioritert i det hele tatt. ”

Informantene beskriver en arbeidsdag som er styrt av produksjon, effektivitet og arbeidsoppgaver. Vanlige arbeidsoppgavene er rapport, diverse målinger som blodtrykk og

temperaturmåling. Mat og medisiner skal deles ut til faste tider. Det skal legges til rette slik at pasienten får stelt seg. Pasientens tilstand og behandling diskuteres med legen og sykepleieren skal være med på legevisitten. Inni mellom ønsker noen et glass vann, telefonene ringer, og noen skal på toalettet. Ofte har sykepleieren et administrativt ansvar for en gruppe. Da skal man legge til rette for fordeling av oppgavene. Man har også et ansvar i forhold til å planlegge pasientens videre behov for hjelpetiltak ved forestående hjemreise eller overføring til andre behandlingsinstitusjoner. Det oppleves og beskrives slik: *”Det har vært en knalltøff periode nå med lite bemanning. Jeg føler jeg går hjem og har knapt vært med pasienter. Ofte har du gruppen og da er det mye administrativt, utrolig mange søknader skal sendes her og der og telefoner med kommunene. Mye tid går vekk i det å legge medisiner. Det er liksom det vi sykepleiere gjør her for tiden. Så er det hjelpepleierne som er i stell og hos pasienten, og det syns jeg er trist.”*

Kontakten med ulike hjelpeinstanser og få sendt søknadene til dem, tar mye tid og ressurser. En kamp om ressurser og økonomi utspilles også her, hvem skal betale for pasienten? En informant har denne opplevelsen. *”Du føler du leker butikk og forhandler med kommunene om pasienten. Det er snakk om 10 dager, så må dere betale. Det virker inn på oss også, at hun må hjem hvis hun ikke får plass. Jeg har sagt det til folk i kommunen at det er folk vi snakker om. Og vi skal ikke krangle, vi skal jo samarbeide, vi har jo samme mål!”*

Flere er opptatt av at sykepleieren skal gjøre alle mulige oppgaver. Det er lite grenser for deres yrkesutøvelse. *”Alle skal gjøre alt, men av og til føler jeg at organiseringen ikke er helt bra. Vi har ikke snakket så veldig åpent om det, men jeg tror mange er frustrerte. Men, det er fordi vi gjør alt mulig Vi er på en måte slike all-round personer her.”*

*Ja, og det som kommer ut i avisene, budsjettet i balanse, så tenker jeg til hvilken pris? Har den sykehusdirektøren vært rundt og sett hvordan vi egentlig har det, og hva det har kostet? Jeg kjenner i det siste, at systemet irriterer sånn. Det dreper engasjementet, for du får ikke gjort det du egentlig vil. Sykepleierfaget drukner i papirarbeid og frustrasjon. Vi skal fikse opp i alt, finne papirer, ha klare røngtenbilder, mate pasienten, og vi skal liksom være overalt.*

*Jeg skulle ønske jeg hadde mer tid til å snakke med pasienten og sette meg inn i deres situasjon. Hvordan de har det og hva de feiler. Når du kommer en morgen og skal*



*være med på legevisitten, og legene spør hvordan pasienten har det, så sier jeg: at jeg faktisk ikke har sett pasienten.*

*Alt er så tøyelig, vi lager ris til egen bak. Det blir for store forventninger til oss. Mangel på egne grenser for min yrkessituasjon, gjør meg frustrert og ganske hissig på de som har vært der før meg, samt en ledelse som ikke blir hørt. Det er ingen klart definert funksjon her, vi skal gjøre det ingen andre har ansvar for. Vi tar på oss mer og mer og mer, jeg savner noen grunnleggende grenser. Det er vanskelig å finne yrkesstolthet og yrkesidentitet. Jeg kan ha en personlig stolthet over å ha gjort en god jobb.*

Informantene beskriver sin arbeidssituasjon som grenseløs. Uttalelsene er preget av frustrasjon og irritasjon. Sykepleieren har ansvaret, eller tar ansvaret for det som er igjen når spesialistene har definert sitt arbeidsområde. Lav tilfredsstillelse av egen yrkesutøve, samt lite definert hva som egentlig går inn i sykepleierrollen, kan føre til manglende anerkjennelse av arbeidet både hos sykepleieren selv og hos andre yrkesgrupper. Den ene informanten sier: ”... det er vanskelig å finne yrkesstolthet og yrkesidentitet”. Effektivitet og sparing fører til nye krav fra ledelsen. Pasienten har sine behov og forventninger til sykepleieren. Vike (2002) bruker begrepet ansvarsoversvømmelse om sykepleierens situasjon. Man behandler flere pasienter med samme ressurser, arbeidet intensiveres. Havn og Vedi (1997) finner også at sykepleierne forteller om innsparingstiltak og nedskjæringer, sammen med økende effektivitetskrav. Dette resulterer i en ”flukt” av erfarne sykepleiere på sengeposten (Havn, Vedi 1997). Hva er det som gjør at sykepleieren har en slik hverdag? Kan det forstås ut fra sykehusets organisering som en byråkratisk ekspertorganisasjon, med stadig økt spesialisering av arbeidsoppgaver? Ekspertene og spesialistene har en særlig prestisje i arbeidsfeltet, som fører til at de kan monopolisere oppgaver og klienter. Sykepleieren har ikke samme profesjonsstatus i en vanlig medisinsk og kirurgisk klinikk og har ikke samme mulighet til avgrense oppgavene. De er både legens assistent og selvstendige yrkesutøvere som spesialister på pleie- og omsorgsdelen. Mer spesialisering fører til økte assistentoppgaver. Effektivitet og instrumentalisering fører til mindre tid på den selvstendige sykepleierfunksjonen. Sykepleierforskerne Liaschenko og Peter er i artikkelen ”*Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity*” (2004) opptatt av spørsmålet i forhold til sykepleierens posisjon og moralsk ansvar, og skriver: ”*Human care-giving, such as that take place in organized health-care, requires that at least some care-*

*givers be felxible in their roles; if not many needs of patients would not be met. Traditionally, the flexible worker has been that of the nurse” (Peter, Liaschenko 2004:222).* Temaet vil bli grundigere diskutert i kapittel syv.

Eriksen (1989) uttrykker en bekymring for vilkårene for å utøve omsorg i det hun kaller patriarkatet (systemet). Sammen med rutiner og oppgaver som historisk har fulgt sykepleierrollen, skriver hun det slik:

*Denne dag strukturerer sykeplejearbeidet. Disse produktionsforhold er bestemt af de herskende magtstrukturer og medisinske forordninger, som så at sige krever ro, renlighed og regelmæssighed. Derved inngår det en tvang i de stadig tilbagevendende hverdagsrutiner for sykeplejearbejdet - som lænker den kvinnelige omsorgshabitus. Eller man kan sige, at den tvang der indgår i de daglige arbejdsrutiner og den tvang, der produceres av disse, bestemmer arten og utviklingsgraden af det omsorgsarbejde, der udføres i sykeplejefeltet ( Eriksen 1989:11).*

I artikkelen: *Omsorgsarbejde og store hospitaler* (1990) skriver Eriksen at den kjønnsbestemte arbeidsdelingen i hospitaler fortsetter til tross for at legegruppen ikke bare består av menn lenger. ”*Men de to gruppene er fortsatt bærere av de kulturelt bestemte mandlige og kvindelige kvalifikasjoner*” (Eriksen 1990:3). Legene gir behandling, og pleiepersonalet gir behandling samt omsorg og hjelp til de syke. Spørsmålet om hvilken mulighet omsorgsarbeidet har i de store hospitalene stilles. Innholdet i omsorgsarbeidet er endret. De behandlingsorienterte oppgaver utgjør nå en stor del av arbeidet. Det blir bestemmende for hvor mye plass der er igjen til å utføre pleie og omsorgsoppgaver. Hun sier videre at de konkret, tekniske og målrettede oppgaver prioriteres først, og at de usynlige, intuitive kvinnelige omsorgsoppgaver kommer i andre rekke. ”*Det vil sige, at den mandlige/ tekniske logik er bestemmende for utfoldelsesrummet for den kvindelige logik, som omsorgen er baseret på. Derved er rummet for de kvindelige omsorgsoppgaver til stadighet underlagt en teknisk rationalitet*” ( Eriksen 1990:3).

Sykepleierkunnskapen om tilstedeværelse og helhetstenkning blir utfordret hos sykepleieren. Diskusjonen blir ikke løftet fram i organisasjonen. I eget felt er det også lite diskusjoner og refleksjon over eget fag. I intervjuet stilte jeg spørsmål om hvilke arenaer de hadde til å kunne diskutere og ta opp temaer på. Agenda på felles møter er preget av generell informasjon. Det

er mindre av faglige diskusjoner og tema knyttet til for eksempel sykepleierens yrkesutøvelse og dilemma. Personalmøter er en slik arena, og om hva som skjer der sier noen informanter :

*På personalmøter kan vi ta opp ting, men det blir merkelig stille egentlig. Faktisk så har jeg ikke vært på så mange personalmøter, egentlig. Man er lite interessert i å stikke seg ut.*

*Vi har ganske ofte personalmøter. Vi jobber med å evaluere prosjektet med primærsykepleie. Vi har hatt behov for å ta opp ting, for det har vært en del misnøye.*

*Vi har noen temaer som gjentar seg, og det kan være irriterende. Det går ofte på at vi må passe på det og det og det. Vi vet jo at vi er nødt til det. Et eksempel er skyllerom, at alle må være med og sånne ting. Du hører det fra andre avdelinger: Dere må bli flinkere, det blir snakket sånn hele tiden. Dere må bli flinkere til ditt og datt og bestille og -- det er jo klart at vi må bli bedre, men det er kanskje ikke den rette måten å få folk til å bli bedre på, ved å mase på hverandre. Ellers hadde det hjulpet allerede.*

*Vi har snakket mye om det å ta vare på hverandre. Vi har hatt fokus på hvordan vi skal ha et godt miljø sammen oss kolleger -- men det er jo et veldig godt miljø hos oss.*

*Det er de samme tingene som er oppe på personalmøtene hver gang, og det er veldig dumt. Jeg gruer meg nesten til hvert personalmøte. De unge gir litt beskjed, mens mange andre sier ingen ting.*

## **Hvilken oppfølging fikk den nye sykepleieren ?**

I intervjuguiden stilte jeg spørsmål om hvilken oppfølging de hadde fått som nye. Oppfølging som for eksempel medarbeidersamtaler og/eller refleksjon over situasjoner de hadde vært i og hvilken arenaer de kunne bruke til diskusjon og refleksjon.

Informantene hadde forventninger til oppfølging som opplæringsvakter og fadderordninger. Avdelingene har planer i forhold til å ta i mot nye medarbeidere som de var forespeilt. Erfaringene til åtte av informantene var at de hadde lite eller ingen oppfølging som nye. Den ene forteller om en fadderordning som var grei nok. En annen sier at det var greit uten noen

særlig oppfølging, fordi hun ikke hadde behov for det.” ... *jeg vet ikke om jeg hadde trengt så mye oppfølging egentlig, det har gått veldig greit den overgangen. Jeg synes det var herlig å bli ferdig å ta ansvar selv.*” De andre forteller om den første tiden slik:

*Jeg gikk med en pleier en dag, så var det rett ut i det. Jeg hadde en kontaktperson, men hun var ikke der da jeg begynte.*

*Det verste var at jeg hadde ingen form for opplæring. Første dagen min begynte jeg å gå med medisiner. Jeg hadde ikke fått noen opplæring i hvordan medisintrallene virket egentlig. Det var liksom bare å bli hevet ut i det.*

*Jeg kom rett inn i avdelingen. Jeg skulle ha en opplæringsvakt, men jeg tror hun som skulle følge med opp var syk den dagen. Jeg fikk veiledning i det jeg spurte om - for å si det sånn. Spesiell oppfølging var det ingen ting av her.*

*Hvilken veiledning fikk du som ny?*

*Egentlig ganske dårlig. Da jeg begynte, tror jeg det var opplæring i tre vakter, en dagvakt, en aftenvakt og en nattvakt. Første dagvakten var det for lite folk, så da kunne vi ikke ha opplæring likevel, så det var liksom å hoppe ut i det. Så det var faktisk veldig dårlig. Jeg hadde tidlig medarbeidersamtale, hva jeg tenkte og hvilke ønsker jeg hadde. De som hadde erfaring stilte opp, når du så veldig frustrert ut. For var det noe du var redd for i begynnelsen, så var det å mase for mye. Jeg prøvde å skifte på hvem jeg spurte.*

Videre spørsmål handlet om hva de hadde trengt og ønsket. Svarene handlet om bedre og lengre opplæring, en fadderordning eller en egen kontaktperson som de kan spørre mer enn de andre og som føler ansvar for dem. De ønsker også mer veiledning og kurs, gode medarbeidersamtaler og flere tilbakemeldinger. ”*Jeg skulle ønske meg to- tre ukers opplæring, med en kontaktperson. Slik at jeg fikk tid til å bli kjent med hvordan systemet virker. At jeg fikk lov til å bli kjent med medisiner, og hvordan ting fungerte rett og slett. Klart du blir sint, frustrert, det sliter veldig på, det gjorde det da.*” Syv av dem har hatt medarbeidersamtaler av ulik kvalitet. De har fungert mest som en nyansatt- samtale med fokus på ulike ferdigheter, og mindre fokus på det personlige og det å være nyansatt. To har ikke hatt samtale med sin leder. Flere av dem har planer for videre utvikling innen faget, som

ingen etterspør eller vet om. Alle uttrykker et ønske om at de trenger noen å snakke med og reflektere sammen med.

Havn og Vedi (1997) skriver om introduksjonsfasen og sykepleierens første møte med sengeposten. Det er interessant at deres funn i stor grad kan sammenlignes og sammenfattes med mine funn, til tross for en tidsforskjell på ca. ti år. Det forteller at lite har skjedd på området. De har blant annet sett på arbeidsgiverens introduksjonstilbud. To ”metoder” presenteres i introduksjonstilbudet. Den ene kalles ”*Hopp og svøm*” og består i å bli kastet ut på dypt vann og bedt om å svømme. I praksis vil det si at sykepleierene fikk lite eller ingen oppfølging. Den andre er en trinnvis opplæring med planmessig oppfølging og veiledning. 11 av de 18 nyutdannede sykepleierene hadde blitt introdusert for ”*hopp og svøm*” metoden. De syv andre hadde en mer trinnvis opplæring, men med klart kritiske meninger til mottakelsen og oppfølgingen. En av de syv hadde hatt en god oppfølging med kurs, veiledning og tilrettelegging. Effektiviteten og gjøremålene ser ut til å overskygge det meste. Planene om hvordan de nyansatte skal tas i mot fungerer ikke hverdagen. Selv der hvor det finnes planlagte opplegg og tilgjengelige virkemidler i forhold til oppfølging av den nyansatte, betydde ikke det at de ble brukt. ”... *forespeilede enkelttiltak ble ikke gjennomført, eller kvaliteten på gjennomføringen var ikke så god* ( Havn,Vedi1997 :37). Hva er det som gjør at sykepleieren ikke etterspør det som de forventet? Kan det forstås ut fra organiseringen på sykehuset og Bourdieus begreper. Sykepleieren har noe kulturell kapital i form av en ny utdanning. Men de har likevel ikke en solid posisjon i feltet, slik at de kan kreve eller stille så mange spørsmål til det etablerte. Er det deres omsorgshabitus som gjør at de ser oppgavene og behovet for arbeidsinnsats?, og som fører til at de setter til side egne behov for opplæring.

Samtidig forteller samtlige informanter om et stort behov for noen å dele sine opplevelser og erfaringer med. Flere uttrykker at de var overrasket over at debriefing eller samtaler i etterkant av vanskelige situasjoner, ikke var tilstede i hverdagen. De fokuserer på at du kan lære noe gjennom refleksjonen i etterkant. Samtlige ønsker noen å snakke med, men også arenaer der du kan ta opp ulike tema. For eksempel nevnes døden som et slikt tema. Sårbarhet og ensomhet i møte med vanskelige og alvorlige situasjoner, uttrykkes ved at flere sier at det er ingen som tar vare på dem, det må de gjøre selv. Uformelle samtaler mellom kolleger skjer på medisinerrom, vaktrom og oppleves støttende. Andre fant støtte i de som var i samme situasjon, andre nyansatte. Deres menn og foreldre ble nevnt som aktuelle samtalepartnere og

”containere”. Noen samtaler foregår på fritiden, med kolleger i sosiale settinger. To har gått i veiledningsgruppe, noe flere ytrer ønske om å kunne gjøre. Informantene forteller:

*Jeg har for eksempel opplevd veldig mange hjerte-stans, unormalt mye stans på mine vakter og da har jeg fått veldig dårlig oppfølging. Vi har tatt opp at det er veldig rart, at vi ikke har noen vi kan gå å snakke med når det skjer sånne ting. Det burde vi hatt mer tid til. Etter de stans -opplevelsene kom en kollega og spurte om jeg ville snakke med henne, og det er jo veldig bra. Da klarte jeg ikke å prate, jeg var helt oppjaga. Plutselig sier hun at jeg må skrive en avviksmelding på dette som hadde skjedd. Jeg sier: at jeg tror ikke jeg klarer å skrive, og da sier hun:” Jo du skal skrive”. Da bare gikk jeg, da orket jeg ikke mer. Dagen etterpå hadde det vært greit å prate med noen, men da var det ikke noe snakk om det. Om det hadde vært på fritiden, hadde det ikke gjort noe, bare noen kunne prate med en. Når en har taushetsplikt, og du opplever så mye, er det veldig dumt å gå og samle på altfor mye.*

*Er det noen som spør etter når du har opplevd slike situasjoner?*

*Nei, nei det er det ikke, det kan være at du snakker litt med de som var med på samme opplevelsen. Men det var faktisk noe jeg var veldig overrasket over da jeg var ferdig utdannet. Jeg trodde det ble mye mer brukt. For eksempel ved akutt hjertestans, trodde jeg det ble brukt samtaler etterpå, at du fikk samtale med leger. Det er aldri noen debriefing etterpå på en måte, med stans-teamet. Det kunne vært en erfaring du kunne lært av. Nå blir du bare stående og se på, og etterpå så er de vekke. Du skjønner ikke hva som har skjedd, du føler du lærer ingen ting av det egentlig. Du vet til neste gang at du har vært borti det, og du vet hvordan det fungerer. Men du skjønner ikke helt hvorfor og hva du gjorde.*

*Vi har diskusjoner sammen med kolleger angående arbeidsforhold. Det dreier seg om å få ut frustrasjon, komme gjennom vekten og uken. Det er lite av det å kunne løfte blikket, og det er det som er frustrerende. Vi har alltid mer enn nok å gjøre med å håndtere de tingene som skjer på vekten.*

*Stimulert til refleksjon? -- Nei, det føler jeg ikke, det er helt opp til en selv og ta på turen hjem. På jobb er det ikke ro nok til å tenke og reflektere, så det blir refleksjon over arbeidsdagen på vei hjem fra jobben. Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å reflektere og se på alternative løsninger. Sann sett er jo veiledningen en ganske grei mulighet.*

*Jeg har tidlig sett at her nytter det ikke å stole på at noen her skal sørge for at jeg får det sånn eller sånn, her må du gjøre alt selv. Det er noe med tafattheten her ute.*

*Vi snakker ikke så mye om døden har jeg tenkt på. Jeg tenker mye på det selv, for eksempel i forhold til familien og sånne ting. Det tror jeg gjerne at veldig mange andre også gjør. Det er noe som vi kunne snakket mer om, i alle fall når unge pasienter dør.*

*Kjenner du at det gjør noe med deg?*

*Ja, det gjør det.*

*Hva gjør det med deg, vet du det?*

*Det gjør -- blant annet så gjør det med meg at jeg er mye mer redd for å miste de rundt meg, nå når jeg er blitt sykepleier. Jeg er også mye mer redd for å dø selv faktisk, når jeg går så mye opp i syke pasienter og døden.*

*Er det noen som i varetar deg?*

*Ja, hvem tar vare på meg -- jeg vet jo at er der noe jeg vil si, eller at jeg ønsker å snakke med noen, så er der alltid noen jeg kan snakke med. Men det er ingen som tar vare på oss, du må på en måte oppsøke det selv. Du må gjøre mye selv, ja -- jeg føler det er mye som går på meg selv, når det gjelder å reflektere. De stimulerer jo litt til det ved at vi har undervisning, og vi kan jo komme med ting selv så vi vil snakke om. Men ellers så føler jeg at det blir mye opp til en selv.*

De har noen uformelle arenaer som de bruker til å snakke sammen :

*For vi snakker veldig mye med hverandre, vi finner alltid en plass å snakke.*

*Vaktrommet er ikke så stort hos oss. Men vi klarer alltid lure oss unna og ta opp ting. Det er noe alle vet om. Vi er flinke til å finne oss plasser, selv om der er lite plasser å ta av.*

*Vi bruker vaktrommet, rapportene, personalmøtene og internundervisningen, og vi har snakket om å få til veiledningsgrupper. Vi har lyst å gå i veiledning, og vi har kjempebehov for å få ut ting. Og så blir litt tatt på lønningspilser og sånne ting, og gjerne hjemme hos hverandre og.*

*Det har jeg ofte tenkt, at vi skulle vært flinkere til å gått sammen litt på jobb. Jeg vet ikke egentlig hvordan vi skulle gjort det, men vi burde satt av noe tid til det. For det er mye du tar med hjem.*

I hovedoppgaven til B. Linde: *Reflekterte praktikere i sykepleie - en investering i fremtiden?* (1994) skriver hun at det krever erfaring og systematisk refleksjon over erfaringen for å utvikle innsikt i utøvelsen av faget. Man lærer ikke automatisk av erfaring. ”Først når erfaring gjøres til gjenstand for refleksjon, muliggjøres læring og utvikling av innsikt og kompetanse i faget” (Linde 1994:106). Refleksjon bør knyttes til både saksforhold og sykepleierens opplevelse og erfaringer. Ved refleksjon av saksinnholdet, vektlegges ikke sykepleierens opplevelser og erfaringer. Det kan føre til at sykepleieren utvikler seg til instrumentelle problemløsere som ikke engasjerer seg.

*Dersom prosessen alene er gjenstand for refleksjon, kan dette føre til at det blir fokus på metoder og arbeidsmåter uten at dette diskuteres og vurderes i forhold til grunnleggende spørsmål vedrørende faget grunnleggende ideer og verdier. Dette kan i verste fall føre til stagnasjon og manglende faglig utvikling, både på det individuelle plan og for faget generelt. Etter denne studiens mening, illustrerer dette nødvendigheten av at refleksjonsgrunnlaget må være tosidig for at studenter skal kunne integrere teori og praksis i læring av utøvelsen av sykepleie (Linde 1994: 109).*

Utvikling av sykepleierens egenskaper som omsorgsgiver og utvikling av faglige analytiske evner, er sentralt for utøvelse av profesjonell sykepleie. Sykepleieren har liten tid i praksis til planlagte samtaler, men de har støtte i andre kolleger og bruker dem ”til å få ut ting”. Læring gjennom refleksjon krever noe mer enn de uformelle samtalene. Informantenes uttalelser synliggjør at de trenger oppfølging. Slik det beskrives nå, er den mangelfull eller sågar fraværende. Linde (1994) argumenterer for at refleksjon over både saksinnhold og følelser og tanker i forhold til handlinger og situasjoner, vil utvikle sykepleierens personlige egenskaper. Refleksjon kan gi økt læring og mestring, samtidig som sykepleieren kan føle seg bedre ivaretatt, ved å bli sett, hørt og anerkjent. Det kan ses på som en motvekt til instrumentaliseringen, samt en styrking av sykepleierfaget og egen identitet. Spørsmålet er hvordan refleksjoner over situasjoner skal integreres og vektlegges i hverdagen?



## Sammendrag

Informantene beskriver hverdagen som styrt av produksjon, effektivitet og arbeidsoppgaver. Sykepleieren er opptatt av at det er lite grenser for sin yrkesutøvelse, og det er fordi *vi gjør alt mulig*. En informant sier at det dreper hennes engasjement. Effektivitet og sparing fører til nye krav fra ledelsen. Vike (2002) bruker begrepet ansvarsoversvømmelse som jeg vil komme nærmere inn på i kapittel syv. Spesialistoppgavene øker, det fører til økte assistentoppgaver for sykepleieren, som igjen fører til mindre tid på den selvstendige sykepleierfunksjonen Eriksen (1990).

Sykepleierene opplever at der var lite eller ingen oppfølging som nyansatt. De kunne spør når de var usikre, men initiativet kom fra dem selv. Planlagte opplæringsvakter ble ikke gjennomført, fordi det var for få sykepleiere i avdelingen. Jeg tolker det som at arbeidsoppgavene knyttet til den daglige drift prioriteres foran for eksempel opplæring. Konsekvensene blir at opplæringen svekkes, og det tar lengre tid før de nyutdannede sykepleierene når et tilfredsstillende funksjonsnivå. De erfarne sykepleierene kompenserer for manglende kompetanse hos de nyansatte, ved å arbeide mer og fortere. Deres ekstra arbeidsinnsats kan usynliggjøre problemet med manglende oppfølging. Det medfører også en klar risiko for overbelastning. I en slik situasjon vil det være vanskelig å etterspørre veiledning og oppfølging som nyansatt (Havn, Vedi 1997).

Informantene har uttrykt et stort behov for noen å snakke med, om sine opplevelser og erfaringer. Slike planlagte samtaler er fraværende. Læring gjennom refleksjon krever noe mer enn uformelle samtaler. Refleksjon over både saksinnhold og følelser er viktig, og det kan utvikle sykepleierens personlige egenskaper (Linde 1994).

I diskusjonsdelen vil jeg belyse effektiviteten og de mange arbeidsoppgavene, ved å knytte det til Bourdieus begrep kapital. Hva er det som gir mest kapital, og som kan definere det ”gyldige” i et felt? Hvordan et sykehus er organisert, med hierarki og spesialister, har også betydning for sykepleierens hverdag og vil drøftes grundigere. Begrepet ansvarsoversvømmelse kan ytterligere belyse dilemma mellom tilgjengelige ressurser og behov hos pasienten. Sykepleieren er i situasjonen og kjenner på et dilemma. Ansvarsoversvømmelse og en kvinnelig omsorgshabitus speiles og påvirkes av hverandre, og det vil belyses i kapittel syv.

## **6 Sykepleierens posisjon knyttet til moralsk ansvar og moralsk stress**

Sykepleierens posisjon i systemet kan belyses blant annet ved å se på samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene. Informantene konkretiserer gjennom eksempler, og jeg vil bruke deres situasjoner for å belyse sykepleierens posisjon og knytte det til moralsk ansvar og moralsk stress/ fortvilelse. Historiene som fortelles er ikke typiske for den nyutdannede sykepleier, jeg mener de er gjenkjennende for sykepleiere generelt. Det spesielle for sykepleierens arbeid er at hun må stå i situasjonen, hun kan ikke forlate avdelingen. Hun er den som er tilstede over tid, ja gjerne vekten gjennom.

### **Samarbeid med andre yrkesgrupper**

Sykepleierens rolle er preget av en mellomposisjon, mellom legen og pasient, administrering av legeassisterte oppgaver og et faglig pleiansvar. Forholdet til andre yrkesgrupper, oppleves forskjellig og er personavhengig, og uttalelsene om samarbeidet inneholder en del motsetninger. Det uttrykkes slik:

*Du er veldig legens assistent, og de forventer at vi skal stå på pinne for de hele veien  
Det er jo gjerne ikke slik at når vi vil ha de, så er de her. Så du står litt på pinne for de egentlig. Ja, gjør du det?( intervjuer) Ja, jeg gjør egentlig det, men det merker jeg egentlig mer i helgene. Vi har et veldig godt team sammen med de legene som går hos oss. Det snakket vi faktisk om i dag, at vi jobber i sammen som et team, om jeg har mine tanker, og om jeg syns at de gjør noe feil, og begynner kanskje å stille litt mer spørsmål, så syns de bare det er positivt. Men i helgene når det er andre leger som vanligvis ikke er på avdelingen, så blir de litt mer frustrerte: Litt den, du er bare sykepleier, hold deg til sykepleien. Du er ung, hold deg til sykepleieroppgavene dine. Men det er veldig kjekt at vi jobber veldig godt som et team, både leger og sykepleiere.*

Men der er og konflikter og forskjellige interesser mellom yrkesgruppene Leger, sykepleiere og hjelpepleiere er avhengige av hverandre for å få gjort en fullgod jobb, men flere sier at de har ulikt fokus og interesser. De har få eller ingen felles arena til diskusjoner. De beskriver at det kan være vanskelig å delegere fra seg oppgaver. Ofte har hjelpepleieren mer erfaring og

kjennskap til ulike prosedyrer enn en nyutdannet sykepleier. Flere av informantene sier at de føler de må forklare seg eller forsvare hvorfor de delegerer oppgaver. Samtidig er de avhengige av hverandre. De beskriver at på den ene siden kan det være vanskelig, på den andre siden har de et godt samarbeid. Vike (2002) har intervjuet hjelpepleierne i forhold til deres posisjon. Han skriver at de har en større mulighet til å ”trekke” seg fra situasjoner. Hjelpepleierens ansvar er primært rettet mot hvordan pasienten har det der og da, og effektene av deres tiltak er ofte raskt synlige. Det samme beskriver de i forhold til legene. I de beskrevne situasjonene er det flere dilemma der sykepleierene skal utføre ordinert behandling som vanskelig lar seg praktisk gjennomføre, eller hun opplever at hun tar et ansvar eller må ta et ansvar som hun ikke har verken formelt, juridisk eller faglig.

*Jeg sier at jeg tenker at vi står på pinne for legene, og jeg vet det har vært litt snakk med hjelpepleierne, at de står på pinne for oss. Det er jo alltid en evig diskusjon, hjelpepleier/sykepleier og hvem skal gjøre hva - for det er forskjell på de to yrkene. Det merket jeg, og det merket mange av oss når vi var nye. En del hjelpepleiere synes nok det er ganske frustrerende når vi unge og nyutdanna kommer, og at det er veldig mye utskiftninger hele veien blant sykepleierene. Vi kommer inn og tar de kjekke arbeidsoppgavene som de sier, og de går der med stell og sånn.*

*Det har vært en diskusjon om sykepleier- og hjelpepleieroppgaver, bla. mat og skyllerom. Det er noen oppgaver som de ikke kan gjøre og da sier det seg selv at de må gjøre det de skal gjøre. Ellers uttrykker de sin egen rolle. Ja, jeg føler av og til at jeg er litt ”sjefete” og ond, hvis jeg ber en hjelpepleier dusje en pasient. Jeg føler av og til at jeg må forsvare hvorfor jeg delegerer ifra meg. Samtidig har jeg et veldig godt forhold til hjelpepleierne, de er veldig god hjelp for oss. Jeg vet ikke hva vi skulle gjort uten.*

*Jeg synes det er veldig godt samarbeid mellom sykepleieren og hjelpepleieren, og assistentene. Vi har av og til litt problemer med legene. For vi synes av og til at de tenker for mye på seg selv. Når kokken er ni så vil vi gjerne at de skal komme opp til legevisitten. For det er veldig dumt å ha en legevisitt i 12-1 tiden, slik at vi ikke får pause og går og venter hele dagen. Det er litt dumt.*

*Jeg føler gjerne at legene kjører sitt eget løp, at de sjelden hører på oss. Det å gå og kjempe hver eneste dag for å få gjennomført noe, få gjennomført at pasienten trenger mer smertestillende, at kreftpasienten trenger intravenøs smertestillende. Du har fortalt dine observasjoner dag etter dag og til slutt hører de på deg. Men da har du kjempet en uke. De ser jo ofte pasienten bare 5 minutter om dagen, og vi er jo inne hos dem hele tiden, dag etter dag, og ser på en måte hvilken vei det gjerne går. Så det syns jeg kan være tungt.*

*Hva gjør det med deg, hva kjenner du da ?*

*Du blir sliten, eller jeg blir sliten. Du merker det på slutten av en uke når det er ting du har kjempet for, som ikke kommer igjennom. Du begynner å lure på om det er din måte å si ting på, står du ikke hardt nok på. Hva skal du gjøre for at de faktisk skal høre på deg ? Og det tærer på kreftene, for du bruker energi på noe som du skulle sluppet å bruke energi på.*

*Hva tror du det dreier seg om da?*

*( Sukker), det er vanskelig å si, det vet jeg ikke. Kanskje de har en travel hverdag, det har de jo. Kanskje de mener at det skal snu, av og til gjør det jo det, og av og til gjør det ikke det.*

*Legene forventer jo og , men de er jo de sløveste i hele systemet. Jeg føler ikke de stiller så mye krav, det er mer vi som passer på de. Men de er sånn, at når de får det litt hektisk, da begynner de å kjeft litt rundt på oss. Men jeg har et veldig godt forhold til legene.*

Uttalelsene inneholder flere momenter. Rent praktisk er de avhengige av at legene kommer til avtalt tid, for å gå legevisitt. Den inneholder nye bestemmelser og videre planlegging av behandling, hjemreise og lignende. Sykepleieren tar på seg et ansvar som egentlig er legen sitt: For eksempel føre kurver, finne informasjon om pasienten og formidle det, og gjenta observasjoner om pasienten, slik at behandling kan iverksettes. Dette oppleves slitsomt, samtidig viser det noe av sykepleierens påvirkningskraft og handlingsrom. En sykepleier sier det slik:

*Det er det med legene at du sitter og dikterer for de hvilke medisiner som nå bør seponeres, og hvilke medisiner pasientene bør settes på, og hvilke blodprøver som bør tas. Du spør og du spør og du spør. For du vet at hvis du ikke spør, skjer der ingen*

*ting på en måte. Det har vært litt min kampsak her da, at kurvene skal føres rett av lege. Det er de som skal nulle, og det er de som skal seponere. Og du ser at det skjer ikke! Uansett hvor mange ganger du forteller det, så skjer det ikke. Det er deres ansvarsområde, medisiner er deres ansvar å ha oversikten over.*

*Hvis du bare hadde latt være, hva hadde skjedd da?*

*Ja, da, det er mye som kan skje. For eksempel hvis en pasient har et blødende magesår og fortsatt står på Albyl E, så kan det skje ting. Og hvis de ikke får medisiner som behandler disse sårene, så skjer det ting. Det er på en måte mange komplikasjoner som kan skje med pasienten. Det er jo dem det går ut over.*

## **To historier om sykepleierens posisjon, moral og ansvar**

Informantene beskriver også at de forskjellige yrkesgruppene har ulikt fokus, ulike holdninger i forhold til behandling og etiske overveielser. For sykepleieren kan det oppleves som manglende vilje til å ta standpunkt, som igjen får konsekvenser for sykepleieren som skal gjennomføre den praktiske delen av behandlingen. Sykepleieren står i situasjonen og blir utfordret av menneskene i situasjonen, både pasient og pårørende. Hun møter fordringen fra den Andre, om ivaretagelse og ansvar. Ansaret oppstår i møtet med den Andre som en appell.

Sosiolog og sykepleier Olsvold viser i artikkelen: *Etikk- light - om etikk i medisins tjeneste* (1996) til den litauisk- franske filosofen Emmanuel Levinas (1906-1995) for å fremheve at ansvaret alltid utgår fra den Andre. I møtet med den Andre befinner jeget seg alltid i en moralsk situasjon ( Olsvold 1996). Sykepleieren kjenner ansvaret og møter fordringen, hun er nær pasienten i form av å være fysisk tilstede, og får en relasjon til pasienten. Plassering i hierarkiet har betydning i forhold til handlinger i situasjonene. Sykepleieren er tilstede i situasjonen, de ha liten mulighet til å avgrense seg for eksempel i forhold til antall pasienter som kommer til avdelingen. De skal observere, de skal praktisere et ”føre var” prinsipp, og ta ansvar for en del av legens funksjon.

Situasjonen som presenteres handler om en ordinert behandling som er medisinsk begrunnet, men som blir vanskelig, nesten umulig å gjennomføre for sykepleieren. Den tar alle hennes ressurser gjennom en vakt. Ved hjelp av sin erfaring har sykepleieren fått spesialkunnskap på et felt, og det ender med diskusjon når hun hevder sin faglige kunnskap. Jeg gir historien tittelen: *Å utføre ordinert behandling (situasjon 3):*

*Ja, vi snakker veldig mye om dette med et verdig liv. Vi tar det mye opp på avdelingen, for vi er ikke alltid enige i det legene vil. De vil forlenge livet hos pasienten som har vært syk i mange år. Etter at vi begynte med B-pap, så forlenger vi liv. Det samme med respirator, for de skal leve. For legene virker det mange ganger som de skal leve, de vil ikke ta det standpunktet at nå gjør vi ikke mer. Det er så vanskelig fordi, du må nærmest gå på de. Hør her, vi må tenke oss litt om. Det at de ligger med en B-pap, nesten til de sovner inn, terminale, det syns jeg er helt feil. Pårørende sitter og ser på en svær maskin. Jeg hadde et dilemma med en pasient som ble lagt på B-pap. Han ville ikke ha den på seg. Han var etterhvert delvis uklar, for det blir du når du ikke får nok oksygen. Tok du masken av, så ville pasienten dø, pulsen forsvant, og han skulle gjenopplives. En hel natt holdt jeg på, jeg ringte legen flere ganger, og han kom opp. Hver gang legen kom opp, sa han: Du må høre på sykepleieren. Ja da, sa pasienten. Så var det på an igjen og jeg ringte igjen. Så kom en annen lege opp og han foreslo at vi skulle gi noe beroligende. Så sier jeg: Det er jo siste bud, så jeg tror vi snakker litt feil nå, sier jeg. Hadde jeg ikke vært litt oppegående og stilt de spørsmålene, hva er det du mener med dette her, så kunne han sovnet inn. Og det var han som sa det, og jeg hadde gjort det. Så vi hadde en voldsom diskusjon, og det ble til at han kom opp om et par timer, og pasienten ble flyttet. Så sånne dilemmaer, det er litt med det B-pap rommet, at det er ikke alle som vet hva det går i der. Da må du være den som sier at her gjør vi sånn, og jeg må nesten ta overhånd der inne. Du stiller inn maskiner og ting som du i bunn og grunn ikke skal gjøre. Og det er litt mye ansvar. Det er veldig vanskelig i grunnen når du må sitte, pårørende kommer, og du må nærmest sitt å holde på denne masken og tvinge de til det, fordi legen har sagt at du skal. Det er vanskelige standpunkt, og så bare skal du forlenge. Så går de hjem på fredag, også skjer det noe i helgen, så er det ingen som tar standpunkt, de sier ikke ja eller nei.*

Situasjonen belyser problemer knyttet til handlingsmediering, som vil bli nærmere drøftet i kapittel syv. Sykepleieren opplever et sterkt dilemma. Hun er i situasjonen over tid og kjenner på fordringen fra pasienten. Legen ordinerer behandling mest utfra pasientens diagnose, og mindre ut fra hva som er mulig å gjennomføre. Sykepleieren blir utføreren av en behandling som pasienten ikke ønsket eller helt ut forstår. Det blir så forordnet beroligende medisiner, som sykepleieren protesterer mot, og som hun sier ”Og det var han som sa det, og jeg hadde gjort det”. Det er vanskelig og utfordrende for sykepleieren å stå i denne situasjonen. Hvem skal hun være lojal mot? Pasienten, sine egne kunnskaper eller sin overordnede? Begrepet

handlingsmediering beskriver hvordan avstand til situasjonen fører til at man kjenner mindre på det moralske, det rette eller gode å gjøre i situasjonen. For sykepleieren er det vanskelig å utføre forordninger som går på tvers av det hun tenker er det rette i situasjonen. I Peter og Liaschenko (2004) artikkel *Perils of proximity. A spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity*: skriver de ” ...it is likely that decisions that result in the suffering of others are more easily made at distance. Making budgetary decisions that close hospital beds, reduce staffing, and eliminateservice is probably less distressing when ones does not need to see the consequences of those decisions.” Videre skriver de:

” It may be morally less burdensome to give the orders than to carry them out or to live closely with their consequences” (Peter, Liaschenko 2004:221)

Neste situasjon får tittelen: *Smertelindring uten tilgjengelige ressurser* (situasjon 4):

*Det var en lørdagskveld, jeg var alene sykepleier på gruppen. Jeg hadde vel 13 pasienter, sammen med en hjelpepleier. Den ene pasienten hadde sterke smerter. Jeg fikk rapport om at han stod på de og de smertestillende. Han hadde veldig vondt, men kunne ikke få mer. Og jeg bare, okei. Så kom jeg inn til pasienten, jeg gikk inn der først. Og jeg så at han hadde det ikke godt, han lå og vred seg i smerte og stønnet slik at du hørte det på gangen. Timene gikk, og det var en lege innom. Jeg ba om mer smertestillende, fordi det ikke hadde noe effekt. Han sa: Ja prøv med litt til. Jeg prøvde med det, uten at det hjalp, så jeg tok kontakt igjen, men svaret var, nei jeg tør ikke gi mer. Ja, men han har jo så vondt, vi kan ikke finne oss i det, nei han ville ikke gi noe mer. Pårørende kom, og de var ganske pågående. Ikke aggressive, men frustrerte og irriterte. Jeg prøvde å forklare min situasjon, at jeg hadde tatt det opp men at jeg ikke hadde lov til å gi mer smertestillende. Pasienten hadde fremdeles like vondt. Pårørende fotfulgte meg, inn på vaktrommet, og jeg følte liksom- gå vekk. Samtidig hadde jeg de andre pasientene, det eneste jeg gjorde med dem var å gi medisiner. Alt annet tok hjelpepleieren. Det var litt vanskelig og. Jeg følte at jeg måtte være nær og prøvde å støtte. Jeg prøvde med noen kremer, prøvde liksom alt, men samtidig måtte jeg springe inn og ut, fordi det var telefoner og andre pasienter. Callte igjen på vakthavende, og fikk ikke tak i han. Da jeg til slutt fikk tak i han, skulle han ta kontakt med anestesilegen da. Timene gikk og han kom ikke. DA ringte jeg rett til anestesilegen, han var veldig grei, men stod selvfølgelig opptatt med noe. Så kom han da klokken 21, og da hadde jeg holdt på ifra klokken tre til ni. Han endret på medisineren, og økte på doser. Da roet det seg, pasienten fikk en god natt, det ble*

*ingen problemer etterpå. Da tenkte jeg, det var flott. Det var en veldig lettelse da det ordnet seg, men dette kunne de ha begynt med på dagen. Jeg var skikkelig sint og flau. Jeg var ny, jeg følte jeg ringte og maste. Men det var en sånn typisk helgekveld da det er minimal bemanning, og så skjer det. Jeg husker jeg satte meg, jeg ble hentet etter jobb, og satte meg i bilen og bare knakk helt sammen. For du følte -- jeg følte jeg hadde gjort det jeg kunne. Egentlig hadde jeg gjort en god jobb, men samtidig hadde du ikke det fordi pasienten lå i syv timer i unødvendig smerter. Ja, det er vel den tøffeste situasjonen jeg har vært oppe i, men jeg hadde vel tatt den annerledes nå. Jeg hadde gått hardere til verks. Jeg gir meg ikke så lett nå, jeg ga meg ikke for så vidt da heller -- men det tok lang tid før jeg kom i mål.*

Sykepleieren utsettes for et krysspress med ansvaret for å stå i situasjonen. Det er forventninger fra pasient og pårørende, samt egne forventninger til å lindre og behandle. Samtidig er man avhengig av å få legen på banen, som igjen kan være lite tilgjengelig spesielt på natt og i helger med lite bemanning. Sykepleieren blir bærer av situasjonen og dilemma. Dette skaper frustrasjonen og problemer av moralsk karakter. I den siste situasjonen diskuterer sykepleieren med seg selv. På den ene siden hadde hun gjort en god jobb, men på den andre siden hadde pasienten smerter i mange timer. Hun blir bærer av en situasjon som handler om at sykehussystemet hindrer henne i å gjøre det gode, det hun mente var det rette. I Gutierrez's artikkel : *Perceptions of and responses to moral Distress (2005)* skriver hun om hvordan sykepleierene opplevde moralske konflikter og moralsk stress, der hvor sykepleieren, legen, pasienten og pasientens familie hadde ulike mål i forhold til behandlingen. Moralske anfektelser eller stress ble knyttet til ufriheten eller tvangen sykepleieren opplever, i forhold til å utføre en behandling som de var uenig i. 67 % av de intervjuede sykepleieren beskrev at de faktorene som beskrevet ovenfor, førte til moralske konflikter som økte det moralske stresset. 67 % beskrev at det ga seg utslag i følelser som sorg, sinne og frustrasjon. Sykepleierene opplevde en manglende mulighet til å være med å påvirke ulike avgjørelser, som førte til en følelse av maktesløshet, som økte moralsk stress (Gutierrez 2005).

De uklare grensene for hvem som gjør hva skaper dilemma. Sykepleieren har over tid overtatt flere oppgaver for legene. Den allmenne måten å tenke på (doxa) er at sykepleieren utfører det legen har bestemt. Ved spørsmål om det er rett, utfordres doxa, og diskusjoner oppstår som i situasjonen ovenfor. Ved å være i en situasjon eller i en pasientrelasjon over tid, får du mye kunnskaper. Man observerer og ser endringer i pasientens tilstand. Det gir innsikt og



kjennskap til pasientens verden. Denne kunnskapen anerkjennes ofte ikke på lik linje med medisinsk kunnskap. Vike (2002) skriver at det relasjonelle arbeid som består av observasjon, samtale, dialog og tverrfaglighet, verdsettes mindre enn før i forhold til økt fokus på inntjening og kostnadseffektivitet. Sykepleierens arbeid har i liten grad kunnet dokumenteres i DRG-systemet. Samtidig finner de at sykepleieren utgjør den viktigste delen av sykehusets uformelle verdiproduksjon. Deres rolle i systemet samt egen selvforståelse, gjør det mulig å forklare hvordan denne verdisirkulasjonen kan gjennomføres (Vike 2002).

E. Peter og J. Liaschenko (2003) diskuterer i artikkelen: *Whose morality is it anyway*, sykepleierens moralske utfordringer. De hevder at den rådende bioetikken ikke reflekterer sykepleierens moralske bekymringer eller dilemmaer. De hevder at sykepleieren bør eie og definere sine egne moralske bekymringer, kunnskaper og agenda. Moralske kunnskaper finnes i det menneskelige sosiale liv, den er inkorporert i samfunnet i samhandlingen mellom mennesker. Kunnskapen finnes i praksis. Teori er nødvendig i forhold til begreper, eller som en del av en praksis som belyser mennesker følelser, atferd og argumenter. Moralen viser seg i hvordan man responderer på andre mennesker og hvordan man engasjeres. En modell om moral kalles den ”*ekspresive- collaborative model of morality*” som står i kontrast til en mer utbredt teoretisk- juridiske modell. Den sistnevnte er en kodet upersonlig gjøreguide som forklarer den moralske atferden og hva som burde skje. Forfatterne er opptatt at ansvar og arbeidsdeling. Ansvar i praksis definerer hvem vi er, omfanget av vårt virke og hvem som har autoritet til å bedømme og definere hvem som gjør hva for hvem. Det moralske innholdet i et tilfelle kan vise seg i måten man ser på arbeidsdelingen og hvordan man forhandler omkring hvem som tar ansvar og hvem som kan fraskrive seg ansvar. Forståelsen av moral knyttes til sosiale posisjoner og må ses i sammenheng med for eksempel hierarkiske makt relasjoner. Sykepleierens moralske og sosiale praksis er utfordrende, fordi de har en nærhet til pasienten. Dette gjør at de opplever fordringen fra den Andre sterkere enn andre yrkesgrupper.

## **Sammendrag**

Samarbeid internt på sykehuset er på den ene siden preget av en hierarkisk organisering med over og- underordnete posisjoner. På den andre siden opplever informantene at de har et godt forhold til sine kolleger. Flere informanter forteller likevel at de må forklare og forsvare seg, når de delegerer oppgaver til hjelpepleieren. Det kan også oppstå problemer i forhold til de ulike yrkesgruppene, i forhold til ulikt fokus, ulike holdninger og etiske overveielser i

vanskelige situasjoner. Flere forteller også at de føler de tar ansvar for at legene utfører sine oppgaver. Det ovennevnte vil problematiseres under begrepet handlingsmediering. Videre vil historiene 3 og 4 diskuteres i forhold til om moralsk ansvar bør knyttes til noe mer enn den enkelte utøver. Det er nødvendig å plassere den enkelte utøver i en større sammenheng, hvor også arbeidsdeling, det sosiale hierarkiet og de organisatoriske strukturene belyses. Strukturer og arbeidsdeling bestemmer over og er avgjørende for den enkeltes handling og ansvar knyttet opp til handlingen.

## 7 Diskusjon

Kapitlet har tre hovedperspektiv, med ulikt fokus i forhold til tema. Den første delen handler om sykepleierens opplevelse, samt verdier og idealer i endring. I diskusjonen vil jeg bruke Bourdieus habitusbegrep, den kvinnelige omsorgshabitus, samt begrepene livsverden, systemverden og kolonialiseringsteser. Den neste del handler om funn i intervjuene i forhold til sykepleierens arbeidsoppgaver og rutiner, og hvilken oppfølging de fikk som nyansatte, sett i forhold til organisering i avdelingen og på sykehuset. I begge disse delene vil jeg forsøke å belyse sosialisering og disiplineringsaspektet. I siste del diskuteres sykepleierens posisjon, med utgangspunkt i to situasjoner informantene fortalte om. Jeg bruker begrepet handlingsmediering, for å belyse sykepleierens mellomposisjon. Jeg vektlegger moralsk ansvar og moralsk stress, som diskuteres i forhold til struktur og arbeidsdeling. I de amerikanske artiklene jeg henviser, til brukes begrepet *moral distress*. Det var vanskelig å finne et godt norsk dekkende ord for *moral distress*. I situasjonene som informantene beskriver blir et mer dekkende ord moralsk fortvilelse eller moralsk anfektelse. Jeg vil videre bruke både moralsk stress og moralsk fortvilelse når jeg skriver om *moral distress*.

### Sosialisering og disiplinering - en endringsprosess

Opplysningene informantene kommer med, beskriver en lengre prosess de selv har gjennomgått de to årene de har vært i arbeid. Flere situasjoner illustrerer møtet mellom ideal og virkelighet. Nye erfaringer og opplevelser påvirker deres verdier. De forsøker å holde fast på egne verdier og idealer, samtidig som de godtar og overtar det etablerte.

Sykepleierens historiske og kulturelle grunnlag i kapittel 2, beskriver hvilke kvinneideal som har vært med å utvikle en kvinnelige omsorgshabitus. Den kvinnelige omsorgshabitus

assosieres med å tilfredsstille andres behov, den barmhjertige samaritan og uegennyttig kjærlighet. Tønnesen (2003) skriver at det utvikles en individuell kvinnelig omsorgshabitus, og en kollektiv habitus i forhold til hva sykepleie er i en institusjon. Sykepleieren lærer opp til underdanighet og selvdisiplin. *”Den daglige omformingsprosessen må foregå - den som skal forvandle en tankeløs og selvopptatt ung pike til en ”god kvinne””* ( Hagemann 2003:13). Verdsatte dyder er nøysomhet, flid, ærlighet og punktlighet. Sykehusene i dag preges fortsatt av at kvinnen stiller sitt liv til rådighet for andre, og at *”... Herren i himmelen er byttet ut med Herren i medisinen”* (Bakken:2001:58). Det er en arv som har påvirket sykepleiere og som fremmer selvdisiplin.

Informantene forteller om en hverdag der de handler på tvers av det de har lært er rett. De reflekterer over endringer i verdier og idealer. De sier *”Jeg har fått noen knekker i forhold til mine illusjoner når jeg ser hvor tilfeldig mange ting blir, og ser hvor alene en ofte står i forhold til å ta tak i ting”*. Andre informanter sier *”...enten godta eller slutte, så jeg har vel godtatt det på en måte. Idealene har endret seg litt. Jeg har opplevd virkeligheten. Du er nødt til å forandre deg i dette yrket, selv om jeg skulle ønske det ikke var slik...”* eller *”Ja, du kapitulerer til slutt. Du tenker når ingen andre, alle er frustrerte, da gidder ikke folk ta ansvar lenger, og da gidder ikke jeg heller være den eneste som rydder opp og ordner opp for alle. Det sliter meg ut, og du bruker alt opp på jobben, og det har jeg ikke lyst til. Det virker inn på hele holdningen, du blir lat og gidder ikke, og du føler deg irritert, og det dreper engasjementet mitt!”*

Kravet om tilpasning kan være en forklaring på at man oppgir eller justerer egne oppfatninger og tilpasser seg det rådende, altså den kollektive habitus. Sykehusets organisering som et hierarki, sammen med kollektiv habitus, gjør at det er vanskelig for en nyutdanna sykepleier, nede på hierarkistigen å hevde sin rett og synspunkter. Konsekvensen kan ses i endringene i egne verdier og idealer, fordi man sosialiseres og disiplineres inn i det etablerte.

Begrepene livsverden og systemverden kan være med å belyse to ulike verdiparadigmer som sykepleieren konfronteres med. Informantene har et ønske om å være ivaretagende, empatiske og være tilstede, samt et ønske om å være organiserte og rasjonelle. De kjenner på ulike forventninger. Verdiene i systemverden er knyttet til legenes arbeid, preget av diagnostikk og behandling, knyttet til et naturvitenskaplig vitenskapsideal. Pleie og omsorgsoppgaver er hjelpetiltak som støtter opp under legens arbeid og representerer verdier i livsverden.

Utfordring knyttet til arbeidsdeling og ulik verdsetting av arbeidsoppgaver, vil skape spenninger mellom yrkesgruppene ( Dahle 1997). Eriksen (1990) beskriver hvordan de behandlingsorienterte oppgavene utgjør en stor del av arbeidet, også for sykepleierne. Det fører til at det er mindre plass igjen til å utføre pleie og omsorgsoppgaver, og at ”...*rummet for de kvinnelige omsorgsoppgaver til stadighet er underlagt en teknisk rationalitet*” (Eriksen 1990:3). I sykehusene kan man si at systemverden kolonialisere livsverden, og spørsmålet er om sykepleierens idealer og verdier også kolonialiseres, slik at de overtar verdiene i systemverden? Kanskje er det dette som erfares som en endring i egne verdier og idealer. Kolonialiseringen kan også føre til svekket evne og vilje til å stille seg kritiske og spørrende til egen praksis. En vanlig måte å forholde seg til en verdikonfliktene på, er at man overtar det etablerte eller at man resignerer (Bakken 2001). Guterrez (2005) finner i sin undersøkelse at bare 27 % av sykepleierne mente at de kunne påvirke avgjørelsene i moralske konflikter. Konsekvensene var at sykepleierene trakk seg tilbake og deltok mindre i etiske diskusjoner ( Gutierrez 2005).

Vike (2002) er opptatt av opplevelsen av misforholdet mellom det man på den ene siden ønsker å gjøre, det ens faglighet og samvittighet krever at man skal gjøre, og på den andre siden avsatt tid og økonomiske ressurser til å gjøre det. Situasjonene 1 og 2 kan belyse dette ytterligere. Situasjon 2 handler om en travel helgevakt, og en sykepleier som får en ekstra oppgave: Å dusje en pasient. Hun reflekterer over situasjonen i etterkant, og ser at hun har handlet mot pasienten og ikke med pasienten. Utførte handlinger i situasjonen var ikke slik hun ønsket det skulle være. Det var på tvers av egne verdier, og det kjentes kroppslig. Jeg tolker det som hun knytter det til egen person, når hun sier: ” *Jeg så bare kroppen som skulle vaskes. Ville jeg likt at noen gjorde det mot meg? Nei. Det har satt i meg, skikkelig altså*”. Det kan forstås ut fra en kvinnelig omsorgshabitus: Man arbeider mer, fortore og er tilgjengelig. Når hun så handler på tvers av både faglighet og samvittighet, knyttes det til egen person, mer enn til arbeidsvilkårene hun tilbys. Situasjon 1, handler om en sykepleier som får en pasient som trenger omfattende ressurser, mer enn det en avdeling kan ta ansvar for. Den oppleves som en god situasjon på tross av det vanskelige og komplekse. Sykepleieren setter grenser i forhold til å ha den aktuelle pasienten på avdelingen. Hun engasjerer seg både faglig og personlig. Hun har et samarbeid som går på tvers av profesjonene, med lege og andre samarbeidspartnere. Hun prioriterer denne oppgaven foran andre, og tar seg tid. Situasjonene viser sykepleierens handlingsrom i en situasjon, i motsetning til andre beskrevne situasjoner. Sykepleieren er med å definere problemene og løsningene. Hun setter grenser, engasjeres

faglig og personlig. Hun prioriterer og er med i et tverrfaglig samarbeid. Det kan være viktige aspekter å ta med, for å se på hva som kan utvide sykepleierens handlingsrom. Hun gir seg et handlingsrom, ved å være aktiv aktør og leverandør av premissene i situasjonen.

### **”Habitusjustering”**

Informantene har uttrykt ulike følelser og kroppslige reaksjoner i de beskrevne situasjonene. Reaksjonene beskrives som redsel, det er ubehagelig, jeg ble helt dårlig og det kjennes jo. Bourdieu skriver at kroppen har tilegnet seg et system av disposisjoner, som betegnes som kroppslig kunnskap. En umiddelbar forståelse av verden på grunn av de kognitive strukturer som den benytter seg av, er et produkt av inkorporeringen av strukturene i den verden man handler i. Strukturene konstitueres utfra erfaringene av situasjoner som oppleves ofte, de kan revideres eller forkastes dersom de gjentatte ganger viser seg feilaktige (Bourdieu 1999 ). Det åpner for en endring i vår habitus ut fra de påvirkninger man utsettes for. Bourdieu skriver at å være disponert for noe, er å bli eksponert for noe. Kroppen blir eksponert eller utsatt for følelser som berører kroppen, ved dens tilstedeværelse i verden, i betydning av å tilhøre verden, å være besatt av den.

*Det er fordi kroppen er eksponert, eller utsatt, er satt på spill, er i fare i verdensiden den risikerer følelser, den risikerer å bli såret, å måtte lide, iblant risikerer den også døden, og dermed blir den nødt til å ta verden på alvor (og ingenting er mer alvorlig enn følelsene, som berører kroppen langt inn i de innerste organer)- at den er i stand til å tilegne seg disposisjoner som selv er åpninger mot verden, det vil si mot en sosial verdens struktur som de er den inkorporerte form av”(Bourdieu 1999:146).*

Han beskriver videre påvirkningen som at man lærer gjennom kroppen. Den sosiale orden skriver seg inn i kroppene gjennom denne kontinuerlig konfrontasjon, som kan være mer eller mindre dramatisk. Men den levner alltid en stor plass til følelseslivet og de følelsesmessige transaksjoner mot det sosiale miljø (Bourdieu 1999). Man kan tolke Bourdieus utsagn som at følelsene setter seg i kroppen og blir en del av habitus. Selv om habitus er noe man er, noe varig, kan habitus endres og påvirkes. Ved det kroppen stadig blir eksponert og utsatt for, det vi utsettes for ved å leve våre liv i verden. Det kan føre til endring. Habitus begrepet kan belyse hvordan vi forholder oss til virkeligheten, i relasjoner med andre mennesker og i forhold til det han kaller objektive strukturer. Egen habitus vil være avgjørende for hvilke felt

vi velger. Vi vil kjenne det som kroppslig ubehag hvis vår habitus ikke samstemmer med kravene og omgivelsene. Hva vi velger, vil være påvirket av kjønn, noe som vil være inkorporert i vår habitus. Kjønn vil påvirke egen selvforståelse. Det kvinnelige søker et arbeidsfelt der de kvinnelige verdiene er verdsatt, fordi det vil øke selvforståelsen og meningen i arbeidet. Tilfredstillelse i arbeidet som sykepleier er knyttet til der de får utført god omsorg, knyttet til helhetlig sykepleiertenkning( Vike 2002). De har et ønske om å ta vare på hele mennesket, de sier ”... *pasient og pårørende skal ivaretas, ved å være tilstede og formidle trygghet. En god sykepleier skal lytte, ha engasjement, være tilstede i situasjonen og vise nærhet*”. Forståelsen av hva som gir tilfredstillelse i arbeidet, kan være med å belyse hvorfor den nyutdannede sykepleieren har en slik opplevelse som beskrevet:

*... du går hjem med dårlig samvittighet, du blir vant med den dårlige samvittigheten. Du tar det likevel på deg, for du skulle vært slike jernmenn som skulle fått gjort alt unna. I begynnelsen gikk jeg hjem, tenkte på det i mange timer etterpå. Det gjør jeg ennå, men det er akkurat som det er blitt en vane. Jeg vet ikke om det er helt normalt, men det er jo veldig slitsomt det første året.*

*Du tenker sånn: Bør jeg kunne det siden jeg får så mye ansvar, kanskje det er bare jeg som ikke har nok kunnskaper, kanskje det er helt normalt at du etter noen dager får syv pasienter, når du er helt nyutdanna? Det så ut som det var helt normalt for alle, så jeg tenkte javel -- det er kjempevanskelig å si hvordan du har det.*

*Jeg har vel vært den snille, greie typen, det har vært veldig vanskelig, jeg prøver å ta alt selv. Når det koker og du går hjem og du har sprunget hele dagen, og ikke spist nesten, da orker du ikke være lenge i dette yrket. Men det har blitt bedre.*

Sykepleierne forteller at de får dårlig samvittighet, til tross for en travel arbeidsdag, der de har gjort det de kunne ut fra premissene som er lagt. Den dårlige samvittigheten kan forstås som et uttrykk for en verdikonflikt. På den ene siden verdier knyttet til den kvinnelige omsorgshabitus, og på den andre siden verdiene i den opplevde hverdagens systemverden. Misforholdet mellom egne forventninger til utførelsen av yrket og mulighetene til å arbeide etter de, kan ses på som et dilemma mellom behov og ressurser, eller mellom målsetninger i velferdsstaten og forventninger fra brukerne. Misforholdet blir tydelig i møtet mellom mennesker, og sykepleieren blir bærer av dilemma mellom behov og evnen til å tilfredsstille

dem. Det fører til at sykepleierne er spesielt utsatt for opplevelsen av å ikke strekke til. Det kan være viktig å belyse, da det kan oppleves av sykepleieren som egen utilstrekkelighet, knyttet til personlige egenskaper hos den enkelte sykepleier (Vike 2002).

Den nyutdannede sykepleierne blir eksponert for følelser i sitt møte med en ny yrkesrolle. Erfaringene i situasjonene oppleves vanskelige, og de kognitive strukturene justeres.

Kunnskapen som benyttes i praksis er annerledes, og egen habitus stemmer ikke overens med det de møter. Sykepleierne opplever frustrasjon fordi de har mange kunnskaper i forhold til helhetstenkning og kommunikasjon. Dette er ikke etterspurt eller ikke tid til å praktisere. De opplever at de i første rekke må gjøre delegerte legeoppgaver (Havn, Vedi 1997). Når vår habitus ikke samstemmer med kravene og omgivelsene, opplever man et kroppslig ubehag, som gjør at man tilpasser seg. Opplevelsene er beskrevet som ”... *jeg var sikkert helt forvirret, jeg ble redd og sint, det var veldig tungt og jeg kastet opp*”. Det man tenker er det riktige å gjøre, for eksempel i forhold til situasjonene om manglende dobbeltkontroll av medikamenter, justeres fordi man påvirkes og utsettes for andres oppfatninger og krav. Videre viser sykepleierne en selvdisiplinering som handler om å ikke belaste *de andre* med sine spørsmål og krav. Sykepleierne ender opp med å gi slipp på det de burde ha gjort og ønsker å gjøre og overtar de andres måte å gjøre det på. I informantenes historier om manglende dobbeltkontroll av medikamenter, kan man ikke skylde på legenes autoritetshegemoni. Historiene er knyttet til egen pleiekultur, blant sykepleierkolleger. Noen dominerer, som her, de nyutdannede sykepleierene. Vil det si at det er noen sykepleiere som også definerer hvilken kunnskap og handlinger som er den rådende, nyttig og aktuell i arbeidet på en avdeling? Det kvinnelige pleiefellesskapet har en historie preget av over- og underordnete posisjoner. På toppen av hierarkiet har det vært en kvinnelig oversykepleier og en avdelingssykepleier med makt og myndighet, i neste posisjon finner man sykepleieren. Den allmenne måten å tenke på, kan uttrykke den kollektive habitus, eller det kan være et uttrykk for doxa. Doxa er den kunnskapen som det ikke blir stilt spørsmål ved, fordi den fremstår som naturlig. De nyutdannede sykepleierene har utfra det de forteller, ikke samme posisjon som de erfarne sykepleierene. Deres ressurser som nyutdannede, med oppdaterte kunnskaper fører ikke til en synlig status i feltet. Et fruktbart og utviklende arbeidsfellesskap, kunne bestått av at de erfarne bidrog med sine erfaringer og fungerte som veiledere for de nye. Den nyutdannede har også noe viktig å tilføre en avdeling, blant annet ny teori og ny kunnskap. Et slikt fellesskap ville også bidratt til at de nyansatte ble ivaretatt både faglig og personlig, på en bedre måte enn det som skjer i dag. Det ser ut som de er overlatt til seg selv og de

beskriver det selv som at de er alene. Slik det oppleves i de beskrevne situasjonene, er det klare trekk av disiplinering. Er det et utslag av organiseringen i sykehuset, med hierarki, som gjenspeiler seg i alle ledd nedover? Noen dominerer og noen lar seg dominere. Det kan også forstås som et utslag av en kollektiv habitus som handler om formende forhold som skaper en felles forståelse av en virkelighet. Den nyutdannede skal innlemmes i den rådene kvinnelige pleiekultur. Uttrykk som betegner det, er "... slik gjør vi der her og du må, vi er nødt til og etter hvert kommer du inn i rutinene slik det er her". Kontrollen bevares gjennom individuell habitus, kollektiv habitus og doxa.

Å være ny vil også si at du skal innlemmes i nye sosiale relasjoner og ny kultur. Det har betydning å lykkes på den sosiale arena. De nyutdannede trenger støtte fra kolleger i sin nye situasjon. Bourdieu (1999) skriver at man ikke skal undervurdere trykket eller undertrykkelsen som utøves mot eller i oss. Kravet om tilpasning gjennom materielle eksistensbetingelser, gjennom de stumme påbudene og den "trege volden" fra økonomiske og sosiale strukturer og fra de mekanismer som de reproducerer seg selv igjennom. Eksempler på dette er opplæringen til maskulinitet og femininitet som viser seg i måter å gå på, kle seg på og oppføre seg på (Bourdieu :1999). Dette er tydelig i et sykehus i forhold til ulike kleskoder i forhold til profesjon, og ulike måter å oppføre seg på, og hva som er akseptert og ikke. Dette kan bidra til å forklare hvorfor de nyutdannede ikke utfordrer kulturen. Bourdieu (1999) er opptatt av hvorledes ulik kapital utvikles og knyttes til sosiale grupper og klasser. Den kulturelle kapitalen dominerer en gruppe, men kan også overskrides. I forhold til kulturell kapital og grenser skriver Bourdieu:

*De sosiale inndelingene blir inndelingsprinsipper som organiserer oppfatningen av den sosiale verden. Objektive grenser blir en sans for begrensning, en praktisk forutelse om objektive grenser ervervet gjennom erfaring med objektive grenser. En sense of one's place som leder en mot å utelukke seg selv fra det en er utelukket fra, det være seg goder, personer, steder eller annet. Sansen for begrensning innebærer at grensene glemmes. En av de viktigste virkningene av samsvaret mellom faktiske inndelinger og prinsippene for praktiske inndelinger, mellom samfunnsmessige og mentale strukturer, er uten tvil det faktum at den første erfaringen med den sosiale verden er en erfaring av doxa (Bourdieu, c.f. Wyller 2005).*



Uttrykkene ovenfor ”*slik er det her og vi er nødt til*” kan være uttrykk for tilpasning til den kulturelle kapital og en kollektiv habitus. Å velge å gjøre det de andre gjør, vil gi sykepleieren noe trygghet i en situasjon preget av utrygghet. Doxa og habitus gjør at man oppfatter og har en følelse for egen plass i systemet, vår plass i avdelingen og hva som er akseptabelt og ikke akseptabel opptreden. Man utvikler en forståelse for normer, regler og den rådende kultur. Sosialisering handler om å oppfatte dette og tilpasse seg det. Den kulturelle habitus gir en sikkerhet i en verden av usikkerhet som får betydning. Wyller (2005) skriver at Bourdieus tenkning ”... *vektlegger ganske tungt hvordan tilhørighet til sosiale grupper også innebærer en innskrivning i habitus og doxa, ofte i form av kroppsliggjort kulturell kapital. Det er denne siden som kalles sosial eller kulturell konstruksjon*” (Wyller 2005:3).

Ved å utsettes for verden, og ved å la seg forme av de materielle og kulturelle eksistensbetingelser som vi befinner oss i, underlegges vi en sosialiseringsprosess. I sykepleierens sosialiseringprosess, ser man tydelig elementer av disiplinering. Disiplinering forstått som en prosess som forsøker å endre menneskers atferd og liv til noe som er tilpasset gjeldende moralsk rådende normer. Den franske psykolog og historikeren M. Foucault var opptatt av en moderne form for disiplinering. Man blir, ifølge Foucault, disiplinert til en indre kontroll eller selvkontroll, som sørger for at hver enkelte kontrollerer seg selv i møte med dominerende normer (Wyller 2005). Selvdisciplinering kan forstås på to måter. Den selvdisciplinering jeg beskriver hos informantene, handler mest om underdanighet, knyttet til krav om tilpasning. Martinsen (2003) skriver om en selvdisciplinering, forstått som en disiplinering av selvet, som kan gi sykepleieren et frirom og som handler om å skape et større rom for den Andre. Disiplinering skjer gjennom diskurs, og alle handlinger må forstås som en diskurs. Diskurs er maktstrategier som former og preger handlingen, og finner sitt uttrykk i små hendelser i det praktiske liv. Den rådende samtalen, de aksepterte diskusjonene på avdelingen og mønsteret som preger avdelingsmøtet, er alle eksempler på såkalte diskurser. Det endelige målet for maktdiskursene er ofte disiplinering og kontroll (Wyller 2005). Uttalelser som: ”.. *du må gjøre, slik gjør vi det her...*”, påvirker de nyutdanna sykepleierne til å tilpasse seg de rådende normer og regler. Det representerer maktstrategier som vil forme og prege de nyutdannede handlinger. Grensene mellom sosialisering og disiplinering kan være utydelige, som jeg har hevdet tidligere. Det vil si at det vil være grader av disiplinering i en sosialiseringsprosess. Det betenkelige ved et stort innslag av disiplinering i sosialiseringsprosessen, er at det kan føre til at sykepleieren vil oppleve å gå på akkord med egne verdier. Konsekvensene kan være nedsatt trivsel i yrket, noe som øker faren for å bli

utbrent. *”Research has clearly demonstrated the moral distress has significant negative effects regarding nurses’ well being and is correlated with staff turnover, burnout and nursing leaving the profession”* ( Gutierrez 2005:237). Disiplinering kan være med å vedlikeholde negative eller ikke- ønskede holdninger i en organisasjon, ved at det blir en reproduksjon av det etablerte som hindrer utvikling og nytenking. Disiplinering kan være en årsak, som forklarer hvordan en samfunnstype og kultur avløser eller vedlikeholder hverandre.

Informantenes opplevelser, samt justering av egne verdier og idealer, er preget av at de fortsatt er bærere av en kulturell og historisk arv. Dette følger med en kvinnelig omsorgshabitus. Bakken (2001) skriver at i samfunnet for øvrig er hustrumoderen som kvinneideal på retur, og det vil føre til nye utfordringer for rekruttering av omsorgsarbeidere. Helsesektoren er kvinnedominert. Men det er et skille mellom dominans og majoritet. Den kjønnede arbeidsdelingen og den hierarkiske organiseringen gjør at helsesektoren er mannsdominert, til tross for den store kvinnemajoriteten (Dahle 1997). Dahle (1997) stiller spørsmålet hva som skal til for å utfordre legenes kunnskapshegemoni og gi kvinner større armslag i et etterhvert av humanisert og effektivisert helsevesen. I egne rekker kan man stille spørsmålet: Hva skal til for at den erfarne sykepleiere, lytter til den nye utøveren ?

## **Sykepleieren som buffer i organisasjonen**

Sykehusene er organisert som en byråkratisk ekspertorganisasjon. Det vil si at de har kjennetegnene til både et byråkrati og en ekspertorganisasjon. Hvordan påvirkes de ansatte i sykehuset av organiseringen ? Sykehuset er preget av et autoritetshierarki, knyttet til profesjon, med legene øverst. Sykepleieren har vært underlagt det medisinske hegemoniet til tross for at de ble egen profesjon i 1948. Selvstendigheten innebar en underordning i myndighet og ansvar i forhold til medisinen (Bakken 2001). Ekspertorganisering er preget av fagspesialisering og fagautonomi. I praksis vil det si at de profesjonaliserte, de med særlig prestisje i arbeidsfeltet, kan monopolisere sitt arbeid og velge sine pasienter. De kan avgrense og styre sitt arbeid på en annen måte enn sykepleieren. Hun har ikke full profesjonsstatus på lik linje med legene. De profesjonelle legene har egne mål og midler, for eksempel direkte økonomisk uttelling relatert til diagnose og antall pasienter. Sykepleieren har lite tradisjon for å kalkulere verdien av egen arbeidskraft i penger. Legene er forvaltere av en kapital som gir avkastning, de har en pris på sine tjenester i form av DRG-poeng og ISF-system som ble

innført i alle sykehus på 90-tallet. Det vil si at legens tid og kunnskap blir omregnet i DRG-poeng og fører til inntekter for et sykehus. Sykepleierens verdiproduksjon er ikke knyttet til det samme DRG-systemet og gir derfor ikke uttelling i form av økte inntekter. Samtidig med de ovennevnte faktorer, har sykehusene fått ”kniven på strupen” i forhold til å presentere et budsjett i balanse. Resultatet er økt effektivitet, som fører til å gjøre mer inntektsbringende arbeid med samme ressurser. Sykepleierens arbeidsdagen er styrt av produksjon, effektivitet og arbeidsoppgaver. Hverdagen består av ulike målinger, rapporter, stell, mat og medisiner, legevisitt, planlegging av hjemreise og kontakt med ulike andre hjelpeinstanser. De uttaler det som ”...å være effektiv i forhold til jobben, det er det hele systemet bryr seg mest om...”. ”Det har vært en knalltøff periode nå..., du føler du leker butikk... ”.

Sykepleieren forteller videre om lite grenser for egen yrkesutøvelse. Sykepleierene bruker ord som :”...vi skal gjøre alt alle,...vi er på en måte slike all-round personer, ...sykepleierfaget drukner i papirarbeid og frustrasjon...,alt er så tøyelig, vi tar på oss mer og mer og mer, og jeg savner noen grunnleggende grenser”. Opplevelsen sykepleierne beskriver bekreftes i Haukeliens hovedoppgave (2000) og i undersøkelsen til Vike (2002). Det effektiviseres og organisasjonen er preget av et hierarki. Det medfører at noen har mer makt enn andre til å definere det ”rådende”. Sykepleierene har ansvaret, eller tar ansvaret for det som er igjen når spesialisten har definert sitt arbeidsområde. Begrepet ansvarsoversvømmelse kan være et forklarende begrep. Man behandler flere pasienter med samme ressurser, arbeidet intensiveres. Mindre tid til hver pasient fører til økt risiko for å gjøre feil. I en undersøkelse fra Danmark finner de at sykepleieren på medisinsk avdeling bruker 1 % av sin arbeidstid til samtaler med pasienten, om hvordan de følelsesmessig takler sykdommen. Konsekvensen kan være at man risikerer å overse negative hendelser, man går glipp av viktige observasjoner, som kan føre til kritiske situasjoner (Sykepleien nr. 14/06). Økt ansvar i form av observasjon og behandling har blitt overtatt av sykepleieren (Vike 2002). På grunn av økt arbeidsmengde og effektivisering har sykepleierens assistentfunksjon økt i tidsbruk. Det skjer en ansvarsforskyvning ifra legene til sykepleierne. Sykepleierne håndterer ansvar som hører inn under legenes ansvar. De tar også et ansvar for at legen utfører noen av sine oppgaver korrekt. Informantene sier i forhold til det ovennevnte:

*Vi har av og til litt problemer med legene. For vi synes av og til at de tenker for mye på seg selv, og tenker ikke at når klokken er ni, så vil vi gjerne at de skal komme opp til legevisitten.*

*Det er det med legene, at du sitter og dikterer for de, hvilke medisiner som nå bør seponeres, og hvilke medisiner de bør settes på, og hvilke blodprøver som bør tas. Du spør og du spør og du spør, for du vet at hvis du ikke spør så skjer der ingen ting på en måte. Det har vært litt min kampsak her, at kurvene skal føres rett av lege. Det er de som skal nulle, og det er de som skal seponere. Du ser at det skjer ikke. Uansett hvor mange ganger du forteller det, så skjer det ikke. Det er deres ansvarsområde, medisiner er deres ansvar å ha oversikten over.*

*Jeg føler gjerne at legene kjører sitt eget løp og at de sjelden hører på oss. Det å gå og kjempe hver eneste dag for å få gjennomført noe, få gjennomført at pasienten trenger mer smertestillende, at kreftpasienten trenger intravenøs smertestillende. Du har fortalt dine observasjoner dag etter dag og til slutt hører de på deg. Men da har du kjempet en uke!*

Sykepleierne blir buffere i systemet. Hun er tilstede i avdelingen, og hun er tilgjengelig over tid. En vanlig løsning, for å få ”komme i mål”, er å sette opp farten, jobbe overtid og la være å ta pauser. Buffer- rollen fører til at man arbeider mer, som igjen medfører at man opprettholder de uheldige virkningene, blant annet økt slitasje på personalet. Samtidig usynliggjør og dekker det over for disse problemene. Informantene beskriver hverdagen slik:”...en må gi 100% her, man blir sliten...,... det har vært en knalltøff periode nå...,hjelppeleierne må ta stell og være hos pasienten, og det syns jeg er trist. ...mange er frustrerte...,...det dreper engasjementet.... Jeg blir sliten, og det tærer på kreftene”.

Vike (2002) beskriver det slik:

*Sykepleieren yter tjenester mer intenst enn de gjorde før. På denne måten reproducerer de vilkårene for sjukehusets effektivitetsøkning, som synliggjøres i et symbolsystem som skjuler sine egne spor og framstår som et aspekt ved medisinsk behandling. De sikrer en form for fleksibilitet som utgjør en vesentlig buffer. Organisasjonen gjøres tøyelig, slik at den absorberer det overskudd av ansvar som skapes ved at det økonomiske styringssystemet gjør ett aspekt ved organisasjonens virksomhet entydig og strengt avgrenset. Det blir mulig å stramme inn, spare og øke aktiviteten på en gang, fordi omsorgspersonalet forvalter en fleksibel form for arbeid og selvforvaltning som investeres i en mengde arbeidsoppgaver som utgjør*

*prissettingen på medisinsk behandling. Disse arbeidsoppgavene preges av uforutsigbarhet, fravær av entydige standarder, intens fortolkning, kontinuerlig behov for observasjon, relasjonsorientering og består - i tillegg til de stadig mer omfattende og tyngre omsorgsoppgavene - av en rekke støttefunksjoner som innebærer å legge arbeidsdagen til rett for andre (Vike 2002:130).*

## **Hverdagen disiplinerer ?**

De dilemma sykepleieren står i, representerer et asymmetrisk samspill mellom to verdisystemer. På den ene siden er det et ønske om å utøve helhetlig sykepleie til pasienten, på den andre siden ivareta og effektivisere den økende assistentfunksjonen. Beskrivelsen av hvordan arbeidsdagen til den nyutdannede sykepleier er, definerer Eriksen (1989) som en form for tvang. *"Derved inngår det en tvang i de stadig tilbakevendende hverdagsrutiner for sykeplejearbeidet - som lenker den kvinnelige omsorgshabitus"* (Eriksen 1989:11).

Det er et misforhold mellom velferdsstatens mål, slik det er nedfelt i helse og sosialpolitiske målsettinger og rettighetslover og begrenset kapasitet. Kvinnene med en omsorgshabitus blir bærere av dette dilemma. Den kvinnelige omsorgshabitus gjør at sykepleieren tar på seg alle arbeidsoppgavene, ser behovene og stiller seg selv til rådighet. På den andre siden blir arbeidsoppgavene en tvang, som gjør at man må arbeide fortere og mer. Sykepleierene eller helsearbeiderne har lojalitet og identifiserer seg sterkt i arbeidet med brukeren og blir bærere av organisasjonens ansvar og mål. Effektiviseringen og økt arbeidsmengde kan også forstås som en desentralisering av dilemmaer, som en ekstern påført disiplineringsprosess. Det beskrives som en form for makt i det de tar ansvar for organisasjonens forpliktelser. Misforholdet de kjenner på vil internaliseres i deres bevissthet og kropper (Vike 2002).

Kvinnen utgjør det store flertall i helse og sosial yrke. De arbeider i henhold til rammer og ressurser som defineres av fora der menn dominerer, dvs. at kvinnene dominerer i de yrkene hvor lønnen er lav og innflytelsen er liten. Velferdsstaten er i ferd med å forbruke en type kulturell kapital, en kvinnelig omsorgsorientering som tradisjonelt gjenskaper seg selv ved å stille sitt liv til rådighet for andre. Kjønn er i liten grad gjenstand for diskusjon. Alle forventer at omsorgspersonalet vil tilpasse seg situasjonen. Noen blir slitne og utbrent. Faktisk så er det opp mot 40 % av sykepleierene som slutter, og går over i annet arbeid (Vike 2002). Man ser en sentralisering av makt, kombinert med desentralisering av ansvar.

## Ønske om og behov for oppfølging og samtaler

Arbeidsoppgavene, effektiviseringen og lite grenser for egen yrkesutøvelse, påvirker den oppfølgingen den nyansatte sykepleieren får. Åtte av ni informanter forteller om liten eller ingen oppfølging. De var forespeilet opplæringsvakter og fadderordning.

*Jeg gikk med en, en dag, så var det rett ut i det. Jeg hadde en kontaktperson, men hun var ikke der når jeg begynte.*

*Det verste var at jeg hadde ingen form for opplæring. Første dagen min begynte jeg å gå med medisiner. Jeg hadde ikke fått noen opplæring i hvordan medisintrallene virket egentlig. Det var liksom bare å bli hevet ut i det.*

*Jeg kom rett inn i avdelingen. Jeg skulle ha en opplæringsvakt, men jeg tror hun var syk den dagen, hun som skulle følge meg opp...*

*Når jeg begynte så tror jeg det var opplæring i tre vakter, en dagvakt, en aftenvakt og en nattevakt. Første dagvakten var der for lite folk, så da kunne vi ikke ha opplæring likevel, så det var liksom å hoppe ut i det. Så det var faktisk veldig dårlig.*

Kontaktpersonene var ikke tilstede da sykepleieren begynte. Eller som den ene informanten forteller, så var der for lite folk til at de kunne ha opplæring. Det føyer seg inn i det som er beskrevet tidligere. Arbeidsoppgavene blir prioritert foran opplæringen av den nyansatte. Pasienttilstrømningen kan ha vært så stor siste døgnet, at det ikke er mulig å gjøre noe annet enn å pleie og behandle pasienter. Det er slik hverdagen er. Avgrensingsproblemet til sykepleierne dukker opp igjen. Den nyutdannede sykepleieren blir salderingspost, og står igjen uten opplæring og oppfølging. Opplevelsen av usikkerhet, manglende ivaretagelse og følelsen av å være alene forsterkes. Det særegne for sykepleieren er å være i nærkontakt med pasienten over tid, å kjenne på fordringen fra den Andre. Fordringen kombinert med eget ønske om helhetlig sykepleie, samt en kvinnelig omsorgshabitus, kan forklare hvorfor de ikke etterspør eller stiller mer krav til opplæring.

Samtidig blir de sosialisert. Den rådende kulturelle kapital i fellesskapet, kan være å gå løs på arbeidsoppgavene. Bourdieus begrep kapital kan knyttes til kunnskap og makt. I et sykehus er

kapital knyttet til profesjon. Legenes kunnskapskapital består av naturvitenskaplig kunnskap knyttet til behandling, som er en høyt verdsett kapital i sykehuset. Sykepleieren har en kortere utdanning og derav mindre kunnskapskapital. Studiet vektlegger kunnskap knyttet til pleieaspektet, som ikke gir samme uttelling i form av økt kapital. Legenes arbeid gir uttelling i DRG- og ISF systemet, de har høyere lønn, som er med på å øke deres økonomiske kapital. Symbolsk kapital er knyttet til ære og anerkjennelse. I et hierarki kan de som er høyest oppe i hierarkiet, definere hvilken symbolsk kapital som gir mest uttelling. Poenget er at muligheten som tilbys hver enkelt yrkesutøver i et sykehus er ulik. Hierarkiet legger til rette for en organisasjon der deler av kapitalen allerede er fordelt, knyttet til plassen du har i hierarkiet. Ekspertrollen og spesialisering i sykehuset øker kapitalen, som igjen øker posisjonen i et felt, som fører til økt makt og innflytelse. Hierarkiet og spesialiseringen gir økt kapital, og kan ses på som etablerte strukturer som styrker det etablerte. En nyutdannet sykepleier har begrenset kapitalmengde, og har beskjeden plass i hierarkiet. Påvirkningskraften er liten, og man utfordrer arbeidsfeltet lite.

Informantene forteller videre om et stort behov for noen å diskutere med, reflektere sammen med i etterkant av situasjoner.

*Jeg har for eksempel, opplevd veldig mye hjertestans, unormalt mye stans på mine vakter. Da har jeg fått veldig dårlig oppfølging. Det har vi tatt opp at det er veldig rart, når det skjer sånne ting, har vi ikke noen vi kan gå å snakke med. Det burde vi hatt mer tid til.*

*Etter situasjoner, noen som spør etter? -- Nei, nei det er det ikke, det kan være at du snakker litt med de som var med på samme opplevelsen. Men det var faktisk en ting jeg var veldig overrasket over da jeg var ferdig utdannet. Jeg trodde det ble mye mer brukt, for eksempel ved akutt hjertestans, så trodde jeg det ble brukt samtaler etterpå, at du fikk samtale med leger.*

*Stimulert til refleksjon? -- Nei, det føler jeg ikke, det er helt opp til en selv og ta på turen hjem. På jobb er det ikke ro nok til å tenke og reflektere, så det blir refleksjon over arbeidsdagen på vei hjem fra jobben. Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å reflektere over ting, og alternative løsninger på ting, sånn sett er jo veiledningen en ganske grei mulighet.*

*Men der er ingen som tar vare på oss, du må på en måte oppsøke det selv. Du må gjøre mye selv, ja -- jeg føler det er mye som går på meg selv, å reflektere.*

Jeg henviser til Linde (1994) som har skrevet om betydningen av refleksjon.” *Først når erfaringen gjøres til gjenstand for refleksjon, muliggjøres læring og utvikling av innsikt og kompetanse i faget*” (Linde 1994:106). Det er et synlig dilemma mellom de økonomiske verdier, bestående av produksjon, og de relasjonelle verdier, knyttet til utvikling av eget omsorgsfag og knyttet til samhandling med kollega. Refleksjon og samtaler er knyttet til omsorgsdelen av sykepleieryrket, og det blir nedprioritert i en effektivisert sykehusverden. Verdier representerer livsverden, hvor de språklige og mellom menneskelige relasjoner er i fokus. Det er i livsverden vi utvikler vår innsikt og vår moral. Sykepleieren er i skuddlinjen for verdikonflikter. Konflikten består i et ønske og behov for å ivareta pasienten, samt et behov for å bli ivaretatt av kolleger, ledere og organisasjonen. Samtidig er man tilrettelegger for andre yrkesgrupper, og man skal mestre de tekniske oppgaver og prosedyrer. Et byråkrati dyrker det saklige og upersonlige, som medfører at det følelsesmessige og subjektive elementer holdes utenfor. Organiseringen innad i pleiegruppen har også vært preget av et hierarki, men pleiegruppen har tradisjonelt hatt stor grad av kontroll over pleie-arbeidet. Her har det skjedd en endring: Fra å kontrollere seg selv som pleiegruppe, har det gått til et brutt pleiehierarki, med kontroll utenfra i form av standardiserte krav. Et eksempel er stadig økende dokumentasjons krav ( Dahle 1997). Samtaler og refleksjon sammen med kolleger kan sees på som en måte å utvikle seg faglig på, ved at man styrker egen fagidentitet. Samtidig blir man synlig og får betydning, og man kan oppleve å bli ivaretatt. Sykepleieren har lite definerte oppgaver. I løpet av en arbeidsdag kan det være vanskelig å peke på det eksakte som er blitt gjort, da en del av arbeidsoppgavene er lite målbare. Samtidig forteller de om dårlig samvittighet fordi behovene er større enn ressursene.

Gutierrez (2005) anbefaler å styrke sykepleierene i forhold til moralsk dømmekraft, ved å utvikle gode kommunikasjonsarenaer. Det kan sees på som en utdanning i å lære og snakke og diskutere moralske verdier og dilemmaer. Slik kan man ivareta og utvikle sykepleierens dømmekraft og en slik arena kan også ha en støttende funksjon. Det kan utvikle sykepleierne som veiledere for andre sykepleiere og virke forebyggende på konflikter i en klinikk. Sykepleierledelsen er uvitende om sykepleierens moralske stress, finner Gutierrez (2005). Sykepleierene i hennes forskning mente at den primære oppgaven til sykepleierledelsen var å



støtte dem i deres dilemmaer og holdninger. For å bedre kommunikasjonen mellom sykepleierene og deres ledelsen foreslår hun også her møteplasser, hvor man kan utveksle erfaringer og få mulighet til å diskutere etiske bekymringer. Forventningene var at lederne støttet sykepleierene i deres moralske og faglige konflikter.

Informantenes fortellinger viser klare mangler, i forhold til hvordan de blir fulgt opp som nyansatte. Havn og Vedi (1997) finner i sin rapport et kompetansegap på flere områder hos de nyutdannede sykepleierene. *”Opplevelsen av kompetansegap kan forsterkes eller svekkes avhengig av hvordan arbeidsgiver tilrettelegger introduksjonsperioden”* ( Havn og Vedi 1997:80). Etter 1-2 måneder i arbeid finner de at sykepleierne som hadde fått en trinnvis introduksjon til sykepleierrollen, vurderte egen kompetanse som høyere enn de som hadde fått ”hopp og svøm” metoden. Etter 10 måneder i arbeid, viser det seg at forskjellene i opplevelsen av egen mestring fortsatt gir klare forskjeller mellom de to gruppene. De konkluderer med: *” ..analysen indikerer at det å avsette tid og ressurser til en trinnvis introduksjon for nyutdannede sykepleiere tilsynelatende betaler seg på lang sikt i form av høyere kompetanse og funksjonsdyktighet”* (Havn og Vedi 1997:81). Informantene forteller at de er overlatt til seg selv. Man må stille spørsmålet hvem som skal ta ansvaret for dem. De tar selv et ansvar i forhold til å oppdatere seg, melde seg på kurs etc. Men de må myndiggjøres, slik at de også etterspør det som var forespeilet dem i forhold til oppfølging. Samtidig bør spørsmålet stilles til de ansvarlige for studiene. Bør det vektlegges og tilrettelegges for en annen innføring i yrket, i form av en oppfølging, lignende et turnusår for nyutdannede sykepleiere? Sykehuset og avdelingen har også et personalansvar og opplæringsansvar, som bør tydeliggjøre og få konsekvenser for oppfølgingen av den nyansatte.

### **Sykepleieren posisjon, moralsk ansvar og moralsk stress/ fortvilelse**

Sykepleierne fortalte om mange situasjoner, og jeg ønsker å belyse to av dem i forhold til deres posisjon og knytte dem til arbeidsdeling, moralsk ansvar og moralsk stress /fortvilelse. Situasjonene er kalt nr.3 : *Å utføre ordinert behandling* og situasjon 4 med overskrift: *Smertelindring uten tilgjengelige ressurser.*

Vektlegging av effektivitet og arbeidsoppgaver gjør at sykepleieren kan haste av sted fra et gjøremål til et annet. Men hun vil stadig møte pasienten, og hun må forholde seg til han over tid. Det skjer i en pleiesituasjon, ved utførelse av prosedyrer og i ulike samtaler. Sykepleieren vil møte fordringen fra den Andre, pasienten. For Levinas utgår ansvaret alltid fra den andre, i

møtet med den Andre, befinner jeg seg alltid i en moralsk situasjon.” *Vi må oppfatte at den andre angår oss, være istand til å føle den andre så å si. Vårt moralske engasjement er avhengig av vår evne til å oppfatte en situasjon som moralsk, vår forestillingsevne, og vår empati, innlevelse i andres verden* ”(Olsvold 1996:3).

Jeg vil gi en beskrivelse av situasjonen, slik jeg tolker det. Situasjon 4: *Smertelindring uten tilgjengelige ressurser*. Den handler om fordringen fra den Andre, prioritering, utilgjengelige ressurser, å handle moralsk og å kjenne på ansvaret. Sykepleieren måtte prioritere vekk andre pasienter... *samtidig hadde jeg andre pasienter, det eneste jeg gjorde med dem, var å gi dem medisiner. Alt annet tok hjelpepleieren. Det var litt vanskelig*. Fordringen fra pasienten er tydelig, pasienten lider...*han vred seg i smerte og stønnet....*Pårørende stiller også en fordring til henne om å hjelpe. Hun responderer ved å kontakte lege om igjen og om igjen, og sier... *han har jo så vondt, vi kan ikke finne oss i det... Jeg følte at jeg måtte være nær og prøvde å støtte....*Dess nærmere pasienten man er, dess sterkere oppleves fordringen. Frustrasjonene og dilemmaet til sykepleieren er at hun forsøker å hjelpe, men det er ikke nok tilgjengelige ressurser. *...legen var opptatt, anestesi legen var opptatt....* Det var de som kunne øke smertestillende og være med å vurdere situasjonen. Det var helg og minimal bemanning. Sykepleieren beskriver at hun er...*skikkelig flau og sint, og følte hun ringte og maste....* Hun var utslitt etter vakten, hun hadde gjort en god jobb, men resultatet var ikke godt nok...*fordi pasienten lå i syv timer med unødvendige smerter*.

Situasjon 3 tolker jeg slik : *Å utføre ordinert behandling*: Den inneholder, en ordinert behandling som skaper dilemma. Hun skal utføre en handling mot en pasient, på vegne av andre. Ethiske perspektiv i situasjonen er knyttet til *...et verdig liv...,...etter at vi begynte med B-pap, så forlenger vi liv*. Sykepleier og lege har ofte ulikt syn.... *vi tar det mye opp på avdelingen, for vi er ikke alltid enige i det legene vil*. Pasienten har vanskelig for å samarbeide, og konsekvensen er at behandlingen er vanskelig å gjennomføre. Sykepleieren står i situasjonen en hel natt. Hun er uenig i legens beslutning om å gi beroligende medisiner...*så sier jeg, det er jo siste bud, så jeg tror vi snakker litt feil nå....* Ekspertkunnskaper har hun fått gjennom erfaring på avdelingen, og det blir en stor diskusjon når hun hevder sine kunnskaper. Sykepleieren beskriver med få men sterke ord, konsekvensene av å utføre en behandling med beroligende medisiner...*Det var han som sa det, og jeg hadde gjort det....*I forhold til hennes vurderinger kunne det fått alvorlige konsekvenser. Det moralske dilemma er tydelig. Uklare grenser om ansvar i situasjonen

skaper store utfordringer i forhold til lojalitet overfor pasienten, overfor egen kunnskap og integritet og overfor den overordnede. Hun tar ansvar, men det har skjedd en ansvarsforskyvning fra lege til sykepleier, der sykepleieren overtar legens ansvar. Ny teknologi skaper ofte dilemmaer. Sykepleieren etterlyser klarere standpunkt fra legene...*de vil ikke ta det standpunktet, at nå gjør vi ikke mer. De går hjem på fredag, også skjer det noe i helgen, også er det ingen som tar standpunkt, de sier ikke ja eller nei.* Innstillinger på de tekniske maskinene tar hun ansvar for, noe som er legens ansvar, og hun sier...*Du stiller inn maskiner og ting, som du i bunn og grunn ikke skal gjøre. Og det er litt mye ansvar....*

Begge situasjonene kan belyses ut fra begrepet handlingsmediering.”*Begrepet handler om når ens handlinger utføres av en mellomperson, som blir stående mellom en selv og handlingen, og dermed blir det vanskelig å erfare handlingen direkte. Høy arbeidsdeling, så vel som lengden på handlingskjeden som medierer mellom handlingsinitiativet og den håndgripelige effekt, frigjør aktørene i handlingsforløpet fra moralsk ansvarlighet*” (Olsvold 1996:13).

Handlingsmediering er et utstrakt fenomen i sykehusene, fordi man har en omfattende arbeidsdeling. Som situasjon 3 viser, står sykepleieren i en situasjon der hun skal utføre handlinger overfor pasienten, på vegne av andre - som oftest en lege. På grunn av organiseringen i et sykehus, vil de moralske konsekvensene av en avgjørelse lettere kunne forbli usynlig for legen enn for sykepleieren, som utfører handlingen. Man kan stille spørsmålet hvilke moralske belastninger dette medfører og i hvilken grad sykepleieren gis muligheter til å handle som moralske subjekter? Det vil skape moralske dilemmaer for sykepleieren som er i situasjonen. Begrepet handlingsmediering kan belyse hvordan det moralske ansvar kan knyttes til plassering i en handlingskjede og til hvor nær kontakt eller relasjon vi er i til dem handlingene utøves mot. Å være i situasjonene gjør at du opplever fordringen fra pasienten sterkere, og moral og ansvar utfordres. Å påføre pasienten noe direkte, som for eksempel beroligende medisiner, vil oppleves annerledes enn å ordinere medisiner.

I de somatiske sykehusene er det et økende fokus på spesialisering og bruk av teknologi. Troen og vektlegging på teknologi, kan skape en økt distanse til pasientene som gjør at vi responderer mindre på den moralske fordringene fra pasienten. Konsekvensen kan være at det truer helsepersonellens moralske ansvar.” *Teknikken har innflytelse på holdninger og relasjoner. Disse forandringene i holdninger og relasjoner er ofte ikke erkjente, og dermed ikke tatt i betraktning, når fordeler og ulemper ved nye teknikker blir evaluert*” (Olsvold

1996:15). Fenomenet kan føre til det man kan kalle en sosial produksjon av distanse. Sammen med teknologi kan det virke hemmende på den moralske drivkraften. Eksperten eller ekspertisen representerer en mulighet til å opprette en form for psykologisk distanse til menneskene man må forholde seg til. Innehar du ikke ekspertkunnskapene, kan ansvarlig atferd være å følge ekspertenes råd.

Moralsk ansvar bør sees i lys av konteksten som handlingene utføres i. En av konteksten er den historiske og strukturelle organiseringen i et sykehus. Sykepleierene har historisk sett ikke blitt oppmuntret til å stille spørsmål til autoritetene og til å delta i diskusjonene angående pasientene. Tidligere stereotypiske kjønnsforskjeller har påvirket maktbalansen mellom lege og sykepleier (Gutierrez 2005).

Sykepleieren utsettes for et krysspress i situasjonene. Hun blir stående i et dilemma: Fordringen fra pasienten, egne forventninger til å hjelpe og handle og de mulighetene som er gitt til å avhjelpe i situasjonene. Liaschenko og Peters skriver i artikkelen *"Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity"* (2004), at for de fleste sykepleiere vil nærheten til pasienten oppleves som noe av det gode i yrket. For at nærheten skal oppleves god og fruktbar, er den avhengig av at omgivelsene er lagt til rette og at menneskelige ressurser er tilstede. Det innebærer samarbeid med andre fagfolk, og at det er felles mål og mening med behandlingen. Det vil kunne gi stor tilfredsstillelse i arbeidet. Hvis flere av disse betingelsene ikke er tilstede, kan helsearbeiderne velge å ikke respondere på fordringen fra den Andre, ved å flykte og forlate situasjonen. Slik kan man beskytte seg mot moralsk angrep, på egen integritet og egne verdier. Moralsk stress er beskrevet som, når man vet de rette tingene å gjøre, men institusjonelle forutsetninger gjør det umulig å følge opp med rett handling (Liaschenko og Peters: 2004). En lignende beskrivelsen er *"Philosopher Jameton defined moral distress as the feelings and experiences which results from a moral conflict where one knows the correct action to take but constraints prevents implementation of this action"* (Gutierrez 2005:230). Konsekvensene av moralsk stress er kjent i form av økt fare for å bli utbrent og høy turn- over blant personalet. I Gutierrez (2005) forskning mener sykepleierene at deres moralske stress/ fortvilelse ikke influerte på pleien til pasientene. Samtidig opplever de en motstand mot å gå på arbeid. De uttrykker også et ønske om å distansere seg, blant annet ved å be om å få slippe å være primærkontakt til pasienter der det er kompliserte moralske spørsmål involvert (Gutierrez 2005).

Jeg har tidligere skrevet at dilemmaene som sykepleieren opplever i ulike situasjoner, kan oppfattes som egenskaper knyttet til egen person. I oppgaven har jeg forsøkt å løfte situasjoner og opplevelser inn i en ramme som handler om hierarki, effektivisering og arbeidsdeling og knytte det til organisering i en avdeling, i et sykehus. Moralsk dilemma i praksis bør også løftes opp og knyttes til sosiale og strukturelle forhold. Hvilke arbeidsforhold helsearbeideren arbeider under, vil ha stor betydning i forhold til hvilke muligheter de har for å foreta handlingsvalg som fremmer egen moralsk integritet og dømmekraft. Deres moralske dilemma må ses i lys av hvilke muligheter de har til å fatte beslutninger og gjennomføre handlinger. Utforminger av roller, arbeidsdeling og ansvarsforhold mellom utøvende helsepersonell og organisasjon bør diskuteres i lys av etiske problemer. Den enkelte sykepleier skal ikke fratas sitt personlige ansvar. De nyutdannede sykepleiernes fortellinger vitner om at de tar, har og får et stort personlig ansvar, både faglig og moralsk. Situasjon 3 og 4 viser også sykepleiere som kjenner sterkt på dilemmaene og ansvaret. Et viktig spørsmål blir om sykepleieren har muligheter til å sette grenser i ulike situasjoner. Er de så underlagt hierarkiet at de godtar mer enn de egentlig kan stå inne for både faglig, personlig og moralsk?

Sykepleierene har kunnskaper om pedagogikk, kommunikasjon og etikk. I arbeidet har de nær kontakt med pasienten. Sykepleierens kunnskaper og kontakt med pasienten er en ressurs. Min oppfatning er at moralsk ansvar og etiske kunnskaper er tilstede. Men mulighetene til å handle og til å reflektere moralsk, begrenses ut fra det som karakteriserer deres posisjon i sykehuset. Hvordan etiske dilemmaer har vært diskutert i et sykehus, gjenspeiler ikke sykepleierens posisjon, bekymringer og dilemmaer. Deres dilemmaer handler om situasjoner som beskrevet ovenfor. Sykepleieren bør delta i etiske diskusjoner med sine kunnskaper og tydeliggjøre sine moralske dilemma. Slik det beskrives i dag, er det få arenaer som stimulerer til diskusjon og refleksjon over praksis. Den tverrfaglige diskusjonen er så å si fraværende.

## **Sammendrag**

Jeg vil sammenfatte det jeg har belyst i diskusjonskapitlet. Utviklingen av en kvinnelig omsorgshabitus knyttes til dyder som fremmer underdanighet og selvdisiplin. Det kan forklare at man endrer verdier og idealer, fordi man disiplineres til å bli lik de andre, den rådende kollektive habitus. Sykepleieren opplever dilemma mellom ulike verdiparadigmer, livsverden og systemverden. Hvilke oppgaver skal de og kan de prioritere? Legeassisterte oppgaver øker i en organisasjon preget av systemverdens verdier. Systemverden koloniserer livsverden og

sykepleieren påvirkes også. Det kan registreres som endringer i deres verdier og idealer. To situasjoner, nummer 1 og 2, belyser dette. Jeg forsøker å belyse situasjonen ut fra arbeidsvilkårene som tilbys. Den andre situasjonen, nummer en, blir en god opplevelse på tross av kompleksiteten. Sykepleieren setter grenser og prioriterer. Hun arbeider i et tverrfaglig samarbeid og engasjeres faglig og personlig. Å reflektere over situasjonene og bevisstgjøre handlingene, kan være med å skape et handlingsrom for sykepleieren, fordi man da kan bli bevisst hva som påvirker situasjonens utfall.

Man sosialiseres blant annet gjennom opplevelser som gir kroppslige reaksjoner. Habitus påvirkes ved at kroppen stadig blir eksponert og utsatt for det vi utsettes for ved å leve våre liv i verden. Informantene forteller om ulike kroppslige reaksjoner i opplevde situasjoner. Når vår habitus ikke samstemmer med kravene fra omgivelsene, vil man justere egen habitus. Kjønn er en del av den kvinnelige habitus. Den nyutdannede sykepleierene får dårlig samvittighet til tross for at de arbeider intenst. Det kan forstås ut fra en verdikonflikt mellom verdiene den kvinnelige omsorgshabitus representerer, og verdiene som preger hverdagens systemverden. Eller at sykepleieren blir bærer av et dilemma mellom misforholdet i behov og ressurser, i møte med pasienten. Opplevde dilemma, eller manglende mulighet til å realisere idealene, kan gi en følelse av personlig utilstrekkelighet. Vike (2002) finner i sine feltstudier ”...der ingen funn som er mer slående enn den allmenne tendensen til at kvinnekroppen inkorporerer utilstrekkeligheten og dårlig samvittighet nettopp gjennom disiplinert tilrettelegging av seg selv for legen, organisasjonen og den lidende” (Vike 2002:158). Han skriver videre at sykepleierene har en stor utilstrekkelighetsfølelse, og at ”... den ”oversettes” som en personlig mangel som skaper en mer eller mindre angst for å bli avslørt som utilstrekkelig” (Vike 2002:158).

Sykepleierne blir sosialisert inn i nye sosiale relasjoner, kultur, normer og regler. Kollektiv habitus, egen habitus og doxa gjør at man oppfatter og får en følelse av egen plass i systemet. Man tilpasser seg og utfordrer lite det bestående, man sosialiseres. Disiplinering skjer i eksemplene med manglende dobbeltkontroll av medisiner, når sykepleieren må utføre handlinger og prosedyrer som går på tvers av faglige kunnskap, egne verdier og moral. Disiplinering kan gi nedsatt trivsel i arbeidet og øker faren for å bli utbrent. Det kan hindre nytenking fordi det er fokus på å reproducere det som allerede er.

Organiseringen som byråkratisk ekspertorganisasjon, påvirker de ansatte i form av hierarki og spesialisering. Effektivisering og inntjening knyttet til DRG- poeng og ISF-system, vil påvirke hvilke mål og verdier man styrer etter. Sykepleierarbeid kan bli oppfattet som en slags støttefunksjon til de ovennevnte målene. Sykepleierens ”spesialitet” basert på kontakt med pasient og pårørende, blir nedprioritert. Når sykehusene skal øke inntjeningen med de samme ressursene, vil arbeidet til helsepersonell intensiveres. Sykepleieren blir beskrevet som bufferen i organisasjonen. Informantene bekrefter det med sine uttalelser om lite grenser for egen yrkesutøvelse. Konsekvensen er nedsatt trivsel og økt slitasje.

Effektivitet, økt inntjening som øker arbeidsmengden, kan virke som en form for tvang og være disiplinerende. Sykepleierens omsorgshabitus og mellomposisjon gjør dem utsatte for buffer- rollen. Egne behov settes til side for å dekke institusjonens, andre yrkesgrupper og pasientens behov. Konsekvensene kan sees i forhold til oppfølgingen den nyutdannede sykepleieren får, som er så å si fraværende. De nyutdannede sykepleierene uttrykker lite sine behov. Hierarki organiseringen, med ulike kapitalmengder som i stor grad er forhåndsdefinert, styrker heller ikke den nyutdannede sin posisjon. En informant sier ”...*det er kjempevanskelig å si hvordan man har det...*”. Fravær av samtaler, tid til refleksjon og diskusjon oppleves vanskelig og overraskende for de nyansatte sykepleierene. De tydeliggjør et behov gjennom de situasjonene de beskriver for å diskutere det som skjedde. Som nye i et krevende yrke, har de behov for å bli ivaretatt. Sykepleieren kan oppleve en verdikonflikt knyttet til personlige verdier og ønske om å utføre helhetlig sykepleie. Konflikten viser seg i ulike målsetninger, og blir tydelig i hvilke oppgaver som vektlegges og prioriteres i avdelingen. Det bør være et mål, at de nyutdannede sykepleierene får en bedre oppfølging og start enn det de beskriver i intervjuene. Det bekymringsfulle er at mangelfull opplæring kanskje bare er et symptom på hvordan sykepleierens hverdag er.

Fordi informantene fortalte mange situasjoner, ble det viktig å belyse noen av dem i oppgaven. Jeg knytter dem til moralsk ansvar og moralsk fortvilelse og drøfter dem i forhold til struktur og arbeidsdeling. Med andre ord gjelder det organiseringen i en avdeling, på et sykehus. Helsepersonell vil møte fordringen fra den Andre. Å respondere på fordringen og ha muligheter til å handle, gir en stor tilfredsstillelse i sykepleierens arbeid. Moralsk stress/ fortvilelse oppleves når man vet de rette tingene å gjøre, men det er umulig å følge opp på grunn av institusjonelle forutsetninger ikke er tilstede, eller legger hindringer i veien. En måte

å beskytte seg mot moralske angrep på egen integritet og egne verdier, er å flykte og forlate situasjonen.

Begrepet handlingsmediering kan være med å belyse sykepleierens mellomposisjon. Posisjonen fører til at man utfører handlinger mot et menneske, som er bestemt av en annen. Det viser seg også at leger og sykepleier kan ha ulikt fokus, ulike meninger og oppfatninger av en situasjon. Dette skaper moralske dilemmaer for sykepleieren, og hun utsettes for et krysspress i situasjonen. Teknikk og ekspertise kan også være med på å øke avstanden mellom behandler og pasient, og kan virke hemmende på den moralske drivkraften. Moralske dilemmaer må ses i lys av sosiale og strukturelle forhold. Man bør spørre hvilke muligheter man har til å foreta handlingsvalg og organisasjonen bør etterspørres dets moralske ansvar, for å kunne vurdere en handling som rett eller gal, god eller dårlig. *”Det autonome subjekt som fritt tar beslutninger etter rasjonelle overveielser, er ikke et realistisk bilde av moralsk aktør i det moderne samfunn. Det sosiale og kulturelle felt legger sterke føringer og hindringer på vår evne og vilje til å handle som selvstendige aktører”* (Olsvold 1996:12).

Sykepleiere har mye kunnskap på feltet og får etter hvert mange erfaringer i direkte pasientkontakt. De bør benytte og synliggjøre sin kompetanse i aktuelle diskusjoner, knyttet til konkrete situasjoner og også i mer overordnede verdidebatter.

## 8 Avsluttende kommentarer

Norsk sykepleierforbunds slagord er *tydelig - modig - stolt*. De tre ordene utledes videre:

*” Ordene skal også være noe hver enkelt sykepleier kan identifisere seg med. Vi skal være tydelige og etisk bevisste sykepleiere som er trygt fundert i eget fag og som er vel reflekterte i utøvelsen av det”.*

*”Vi er stolte av yrket vårt og av at vårt yrke påvirker utviklingen i helsetjenesten. Vi skal være modige nok til å stå trygt på vår sykepleiefaglige plattform, være de svakeste talerør og pasientens advokat”* ( Norsk sykepleierforbund statusrapport 2005, utgitt september 2006).

Det er ikke vanskelig å si seg enig i disse målsetningene og slutte seg til at dette handler om gode sykepleiere. I min oppgave har jeg forsøkt å formidle hva de nyutdannede sykepleierne



opplever i møtet med arbeidsfeltet. Jeg har ønsket å belyse det ved å trekke inn faktorer som påvirker og har konsekvenser for deres arbeidssituasjon. Man kan spørre om arbeidsfeltet og strukturen og organiseringen i sykehuset, samt kravet om inntjening og effektivitet, samstemmer med grunnlaget for å utvikle *tydelige – modige - stolte* sykepleiere. Det belyses videre ved at jeg vil forsøke å svare på problemstillingen : Hvordan opplever den nyutdannede sykepleier sin yrkesrolle i et sykehus?, og på forskningsspørsmålene som jeg stilte innledningsvis i oppgaven.

Den nyutdannede sykepleieren opplever at hun har et viktig og flott yrke. Prosessen de første årene har vært tøff, med fysiske og psykiske belastninger. I en travel hverdag opplever de situasjoner, der de ikke har kunnet handle etter sine idealer og verdier. Idealene deres er knyttet til en helhetlig sykepleiertenkning. Pasient og pårørende skal ivaretas. Sykepleieren skal formidle trygghet. De skal være faglig dyktige og ha manuelle ferdigheter. Sykepleieren bør ta ansvar for det hun gjør og begrunne det faglig. Deres idealer og verdier har endret seg. Informantene sier ”...*jeg har fått noen knekker...., jeg har godtatt på en måte, idealene har endret seg litt.... Du er nødt til å forandre deg,...ja du kapitulerer til slutt,...og det dreper engasjementet mitt.*” Hverdagen er preget av effektivitet og mange fastlagte oppgaver og rutiner. Delegerte legeoppgaver, sykepleierenes assistent funksjon har økt i mengde og tidsbruk. Frustrasjon over mangel på grenser i sin yrkessituasjon, kan belyse at hverdagen er preget av verdikonflikter: mellom effektivisering, instrumentalisering kontra ønske om å utøve god helhetlig pleie, mellom å være egen fagutøver kontra å være legens assistent, mellom pasientens behov og forventninger kontra avsatt tid, ressurser til å møte dem.

Informantene forteller om klare mangler i forhold til hvordan de ble fulgt opp som nyansatte. Åtte av ni informanter forteller om liten eller ingen oppfølging. Kontaktpersonene var ikke tilstede når sykepleieren begynte, eller så var der ikke nok folk på vakt, til at opplæring kunne gjennomføres. Det oppleves som økt usikkerhet, manglende ivaretagelse og en følelse av å være alene. Sykepleierene uttrykker et stort behov for samtaler og refleksjon i etterkant av situasjoner. Refleksjon og samtaler er knyttet til omsorgsdelen av sykepleieryrket, og blir nedprioritert i en effektivisert sykehusverden.

Sykepleierenes posisjon synliggjøres gjennom flere situasjoner. Den er preget av en mellomposisjon i hierarkiet. Informantene synliggjør vanskelige dilemmaer som kan knyttes til moralsk ansvar, moralske konflikter og som kan føre til moralsk stress/ fortvilelse.

Sykepleierenes rolle i organisasjonen, kan betegnes som en buffer-rolle. De tar over en del oppgaver for legene eller spesialistene, de har sammenfallende og overlappende oppgaver med de fleste andre yrkesgrupper i sykehuset. Buffer-rollen medfører at de tar over og kan brukes til de fleste oppgaver i en avdeling. Det løses ofte ved at sykepleierene arbeider mer, arbeider overtid og lignende. Konsekvensen er overbelastning, høy turn- over og økt fare for å bli utbrent. Samtidig så bli problemene med økt effektivitet usynliggjort.

Sykepleierene er nær pasienten over tid og møter fordringen fra den Andre. Sykepleierrollen har endret seg de siste ti- år, uten at diskusjonen om endringen er særlig hørbar og løftet opp i en organisasjon som sykehuset. Sykepleierrollen har endret seg ifra det som er beskrevet i Hagemanns (1930) etikkbok, fortolket av Tønnesen (2003). Etikken lå da i det utvendige, i hierarkiet, den var ikke knyttet til subjektet. I dag tenker man at sykepleieren er et selvstendig moralsk subjekt. De ytre strukturene som skulle frigjøre et indre rom for sykepleierene, oppleves i dag som begrensende og dominerende. Sykepleierene mangler fortsatt tilgang til arenaer der de kan påvirke ved å delta i diskusjoner, og der beslutninger tas. Sykepleierens mellom posisjon, som gjør at de blir utøvere av handlinger som legen har bestemt, kan føre til moralske konflikter og økt moralsk stress. Det oppleves i situasjoner der det er uenighet om målet med behandlingen og spesielt der hvor aggressiv medisinsk behandling øker pasientens lidelse. Sykepleierens opplevelse av manglende mulighet til å påvirke ulike avgjørelser fører til en følelse av maktesløshet, som økte den moralske fortvilelsen. Gutierrez (2005) skriver at gjenkjennelsen og konsekvensen av ”*moral distress*” er ukjent terminologi for sykepleierene i hennes undersøkelse. De kan ikke skille ”*moral distress*” fra moralsk usikkerhet og et moralsk dilemma. Informantene forteller om vanskelige situasjoner og moralske dilemmaer. De kjenner det kroppslig og følelsesmessig. Men det er vanskelig å knytte begreper til opplevelsen, noe som kan være nødvendig for å øke forståelsen og som er nyttig i etiske diskusjoner. Amerikanske sykepleierforskere har belyst problemene i forhold til sykepleierens posisjon, knyttet til moralske konflikter og moralsk stress/fortvilelse. Jeg finner sparsomt med norsk litteratur og forskning som omhandler begrepet, opplevelsen og konsekvensene av ”*moral distress*”. Det er et tema som kunne vært spennende og nødvendig å forske mer på.

Man sosialiseres inn i en ny jobb. Selvdisciplinering og en kvinnelig omsorgshabitus er en historisk og kulturell arv som sykepleierne er påvirket av. Det kan medføre at de stiller lite krav for eksempel til oppfølging, veiledning og stiller lite spørsmål til det etablerte. I oppgaven påpeker jeg at deres posisjon i hierarkiet og i en ekspertorganisasjon får betydning

for sosialisering og disiplinering. Disiplinering viser seg i de beskrevne endringene i verdier og idealer. Det viser seg i kravet om tilpasning, gjennom uttrykk som ”...slik gjør vi det her...,... og du må...,...vi er nødt til..., ...etter hvert kommer du inn i rutinene slik det er her.” Konsekvensene er at de nyutdannede sykepleierne gir slipp på det de tenker de burde ha gjort, ønsker å gjøre og overtar de andres måte å gjøre det på. Disiplineringen er tydelig i uttalelsene ovenfor. I forhold til egen posisjon i organisasjonen kan den være mer skjult og man er ikke oppmerksom på at det blir utøvd makt og disiplin. En manglende bevissthet om makten og disiplineringen vil utelukke muligheten til å se og forholde seg kritisk makten. Som igjen vil utelukke muligheten for motstand og opprør mot den disiplinerende makt (Duus 2000).

### **En bedre innføring i sykepleierens yrkesrolle**

For at de nyutdannede sykepleieren skal få en bedre introduksjon inn i en ny jobb, bør det legges til rette for opplæring og veiledning for nyansatte. Havn og Vedi(1997) skriver avslutningsvis i deres rapport. *”Vurdert ut fra de konsekvensene dette har hatt både for flere av de nyutdannede selv, for det øvrige postpersonalet mht tilleggsbelastninger og sett i lys av den potensielle risiko kompetansegap på sentrale områder i siste instans utgjør for kvaliteten på sykepleiertjenesten, er disse kompetansegapene etter vår vurdering for betydelige til at de uten videre kan aksepteres”* (Havn, Vedi 1997:77). Videre skriver de at å avsette tid og ressurser til en trinnvis introduksjon for nyutdannede sykepleiere vil betale seg på lang sikt, i form av høyere kompetanse og funksjonsdyktighet ( Havn, Vedi 1997). Informantenes ønsker i forhold til oppfølging er: en bedre og lengre opplæring, en fadderordning eller en kontaktperson som de kan spørre mer enn de andre og som føler ansvar for dem. Samt mer veiledning og kurs. De ønsker gode medarbeidersamtaler og mer tilbakemeldinger. *”Jeg skulle ønske meg to- tre ukers opplæring, med en kontaktperson. Slik at jeg fikk tid til å bli kjent med hvordan systemet virker. At jeg fikk lov til å bli kjent med medisiner, og hvordan ting fungerte rett og slett”*. Informantenes ønsker samsvarer med det Havn og Vedi (1997) beskriver som det ”ideelle introduksjonsopplegget”. Det består av økte ressurser til opplæring av nyutdannede i avdelingens budsjetter, som forutsetter en sterkere prioritering av dette feltet fra ledelsen ved sykehusene. Jevnlige samtaler med avdelingslederen, samt introduksjonsprogrammer og kurs. Fadderordninger eller veiledning av kontaktsykepleier over minimum en måned. Gruppelederansvar tildeles tidligst etter 3-4 måneder, etter relevant opplæring (Havn, Vedi 1997).

Informantene uttrykker et stort behov for samtaler og tid til refleksjon. Vike (2002) beskriver sykepleieren som bærer av et dilemma mellom lojalitet til pasienten og organisasjonenes mål. Opplevde dilemmaer eller manglende mulighet til å realisere idealene fører ofte til en følelse av personlig utilstrekkelighet. Utilstrekkelighetsfølelsen kan skape en angst for å bli avslørt som utilstrekkelig (Vike 2002). Refleksjon og samtaler kan løfte en situasjon, slik at flere sider av en sak kommer frem. Handlingen bør også ses i lys av strukturelle og sosiale forhold. Informantene forteller historier hvor moralske konflikter, moralsk ansvar og moralsk fortvilelse blir synliggjort. Gutierrez (2005) underbygger det i sin forskning og hun påpeker også konsekvensene. Hun kommer med en rekke forslag til forbedring av arbeidsmiljøet for å forebygge moralsk stress/fortvilelse. Hennes anbefalinger er: Åpne dialoger mellom pasient, pasientens familie og det tverrfaglige helseteamet. Målet er at moralske bekymringer skal kunne diskuteres på en respektfull måte, med pasient og pårørendes deltagelse. Det vil øke forståelsen for de andres perspektiver og moralske holdninger. Det er også en arena der man kan støtte hverandre i komplekse moralske problem. Hun anbefaler å ha med en veileder utenfra. Økt og bedre kommunikasjon mellom sykepleieren og sykepleierledelsen er viktig, noe jeg har skrevet om i diskusjonsdelen. Ledelsen høyere opp i systemet må være med å analysere, kommunisere og legge til rette for tverrfaglig samhandling og utvikling av gode kommunikasjonsarenaer. Hun anbefaler også å utvikle et samarbeid mellom sykepleierstudenter og medisinstudenter. Et fora der de kan identifisere og diskutere moralske dilemmaer, deres ulike moralske holdninger og ulike måter å praktisere sitt arbeid på. Det kan fremme samarbeidet og øke forståelsen mellom de to yrkesgruppene (Gutierrez 2005).

Mine funn i oppgaven gjør at jeg støtter Gutierrez (2005) og Havn og Vedi (1997) i deres avslutningsord : ” *There is a dire need to alter the fabric of healthcare as it exists today; for nursing leaders to act as change agents by envisioning and promoting a healthcare system based on patient needs and goals rather than diagnosis, a system which upholds true collaboration between healthcare providers and empowers nurses and all providers to raise their voices and be heard*” ( Gutierrez 2005:240).

Havn og Vedi (1997) henviser til Steineutvalget og skriver ”Utvalget mener at behovet for kompetanseutvikling og ressurser avsatt til fagutvikling er sterkt undervurdert i dagens sykehus. I trange økonomiske tider har arbeidsgiver ofte handlet svært kortsiktig, og bl.a. nedprioritert ressurser til fagutvikling” (Steine utvalget, c.f. Havn, Vedi 1997:84). De skriver

videre at hovedutfordringen for bedre tilretteleggelse av blant annet opplæring og veiledning til nyutdannede sykepleiere, bør rettes mot lederene i sykehuset og da spesielt toppledelsen.

## Litteratur

- Bakken Runar (2001): *Modermordet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Birkelund R. (2001): Personer og ideer i sygeplejens historie, i *Omsorg, kald og kamp*.  
København: Gyldendal
- Bourdieu Pierre (1999): *Meditasjoner*. Oslo: Pax forlag A/S
- Engelstad F.(1999): *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Dahle R. (1997): ” Med kjønnsblikk på helsevesenet”, i *Kunnskap, kropp og kultur: Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Duus Lisbeth (2000): *Skjult disiplinering*. Århus: skrift-serie fra Danmarks sykeplejerhøjskole nr.79.2000
- Everett, Larry Euris, Furseth Inger (1997): *Masteroppgave. Hvordan begynne – og fullføre*.  
Oslo:Universitetsforlaget
- Gutierrez, Karen M. (2005): Critical Care Nurses’ Perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*.24 (5), s 229-241
- Hagemanns E (1930): *Sykepleierens etikk*. Oslo: H. Aschehoug & co
- Hamric A.B (2000): Moral distress in everyday ethics. *Nurs outlook, number 5*, s.199-201
- Haukelien Heidi (2000): *Kall og byråkrati*. Hovedoppgave ved Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo
- Havn Vidar og Vedi Camilla (1997): *På dypt vann: Om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost*. Trondheim: SINTEF, rapportnr.STF38 A97516
- Institutt for Sundhedsvæsen I Danmark (2006): Sykeplejerskers fagidentitet og arbeidsoppgaver på medisinske avdelinger. *Sykepleien 14/06*
- Jansdotter A (2004): *Ansikte mot ansikte. Redningsarbeid blant prostituerande kvinner i Sverige 1850-1920*. Stockholm: Brutus ostling bokforlag symposion
- Kristensen Tove (1993): *Dansk hospitalsygepleje i 1990-årene- om sygepleje i spændingfeltet mellem omsorg og system*. Specialavhandling, den sygeplejevidenskaplige kandidaturuddannelse. Århus: Danmarks sykeplejerhøjskole ved Århus universitet
- Kvale Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad. Notam Gyldendal
- Linde B (1994): *Reflekterte praktikere i sykepleie- en investering i fremtiden*. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo.
- Løgstrup K. E. (1996): Norm og spontanitet, i *Etiske begreper og problemer*.  
København. Gyldendal

- Malterud Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen Kari (2000): *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen Kari (2003): "Disiplin og rommelighet" i, *Etikk, disiplin og dannelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Miller WL, Crabtree BJ. (1999): *Clinical research. A multimethod typologi and quality roadmap*. Thousand oaks, Ca. s.20-24.
- Nylehn B. og Støkken A.M (2002): *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget
- Neumann B. I. (2000) : *Maktens strategier*. Oslo: Pax forlag A/S
- Olsvold Nina (1996) : Etikk light –om etikk i medisinenes tjeneste.  
Artikkel i *Sosiologi i dag*, 3. s3-28.
- Olsvold Nina (2003) Profesjonsetikk i helsereformenes tid.  
Artikkel i *Sosiologi i dag*.s.2-18.
- Peter E. and Liaschenko J. (2004): Perils of proximity: aspatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry* 2004;11 (4) s. 218-225.
- Peter E. and Liaschenko J. (2003) : Whose morality is it anyway? Thought on the work of Margaret Urnab Walker. *Blackwell Publishing Ltd 2003. Nursing Philosophy*, 4 .s.259-262.
- Peter E. and Liaschenko J. (2004): Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. *Journal of advanced Nursing*. s.488-495
- Rask Eriksen, Tine (1992):*Omsorg i forandring*. København: Spesial- trykkeriet Viborg A/S
- Rask Eriksen, Tine (1990) : "Socialiation og kvalifikasjon til kvindeligt omsorgsarbejde", i *Moderne omsorgsbilder*. Oslo:Gyldendal Norsk forlag A/S
- Rask Eriksen, Tine (1990): Kvindeverden og offentlig sektor. *Utgitt i Sosial kritikk*, Nr 1/februar 1990. 8 årgang. s.6-16.
- Repstad Pål (1987): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Strand T (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sørhaug Tian (2004): *Managementlitet og autoritetens forvandling*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist Eline (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagboklaget
- Tønnesen A (2003) : "Dannelse og maskulin dominans" i, *Etikk, disiplin og dannelse*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S
- Vike H. m. fl. (2002): *Maktens samvittighet*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S.
- Wyller Trygve (2005):" Dyddsetikk, medborgeskap og sosial praksis", i *Profesjonsetikk. Om*

*etiske perspektiver i arbeidet med mennesker.* Oslo: Universitetsforlaget.

Wyller T. (2005): Distansert nærhet, citizenship mellom det moderne og det intensjonale. *Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo*.s.1-67

Wyller T. (1999): ” Stat og omsorg- autentisitet og kall. Noen momenter til en kritisk belysning av diakoni i det moderne samfunnet”, i: *Moralsk og moderne. Trekk av den kristne moraltradisjon i Norge fra 1814 til i dag.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.



Grethe Heidi Bjerga  
Gaupestien 4

Klinikkdirektør/Oversykepleier  
ved  
Medisinsk og kirurgisk avdeling

#### SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET.

Jeg er student ved Universitetet i Oslo ( UIO), Teologisk fakultet. Der tar jeg en master i Profesjonsetikk, og har begynt å skrive min masteroppgave, høsten –05.

Min problemstilling/temaer: Hva er det i praksis som påvirker dannelsen hos den nyutdannede sykepleierens yrkesrolle ?

Min veileder ved UIO er Nina Olsvold. Hun er sykepleier og sosiolog, og arbeider ved Lovisenberg diakonale høyskole.

I den anledning har jeg behov for å intervju 7-9 nyutdannede sykepleiere, det vil si de som har arbeidet ett til to år. Intervjuene vil vare fra 1 til 2 timer. De vil bli tatt opp på bånd, transkribert og slettet etterpå. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, det vil si at ingen opplysninger vil kunne føres tilbake til den personene som blir intervjuet. Som sykepleier er jeg også underlagt taushetsplikten. Intervjuene planlegges gjennomført oktober / november -05.

Jeg vil videre ta kontakt med avdelingslederne på de ulike avdelingene for å avklare nærmere.

Dersom dere har spørsmål er jeg å treffe på mobilnr: 47415554

Med vennlig hilsen  
Grethe Heidi Bjerga

Vedlegg 1

## INFORMASJON TIL INFORMANTER

Takk for at du sa ja til å være informant.

*Jeg er student ved UIO på masterstudiet i profesjonsetikk og diakoni. Jeg skal dette året skrive*

*min masteroppgave , og det er i den forbindelse jeg ønsker å intervju nyutdanna sykepleiere.*

Min problemstilling er: Hva er det i praksis som påvirker dannelsen av den nyutdannede sykepleierens yrkesrolle?

Jeg ønsker å skrive om deres opplevelser i praksis og hva som er med å påvirke dannelsen inn i en ny yrkesrolle. Jeg vil ha fokus på refleksjon og fagutvikling. Jeg ønsker og å se på systemet og strukturen i den organisasjonen du arbeider i.

Bakgrunnen for valget av problemstilling er mine erfaringer som sykepleier i mange år og som veileder, både for sykepleiere og studenter. Jeg tror at nyutdanna sykepleiere kan oppleve flere dilemmaer mellom deres idealer og tanker om hvem de vil være som sykepleiere og den realiteten og krav som møter dem i arbeidet. Jeg ønsker å fordype meg i hva som påvirker sykepleierne i praksis, der en kjenner både på glede, mestring og utfordringer. Mer kunnskaper vil gi økt bevissthet rundt dette tema.

Jeg vil intervju 7 til 9 nyutdanna sykepleiere, dvs. at de har arbeidet ca. 1 til 2 år. Intervjuene vil danne hovedgrunnlaget for masteroppgaven. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, som vil bli slettet etterpå. All informasjon vil bli behandlet med tanke på anonymisering og underlagt taushetsplikten som jeg som sykepleier er bundet av. Jeg har og en veileder som vil følge meg opp, og med tanke på dette.

Intervjuene vil ta fra en til to timer.

Vennlig hilsen

Grethe Heidi Bjerga

Tlf. privat 51576419. Tlf. arb. 51519800

Mailadr. [grethehb@broadpark.no](mailto:grethehb@broadpark.no)

Vedlegg 2

## INTERVJUGUIDE

Hva var det som var viktig for deg som nyutdannet, i forhold til idealer, verdier?

Hva tenker du om det samme i dag etter en tid i yrket?

Hva er en god sykepleier på din avdeling?

Hva er dine arbeidsoppgaver en vanlig dag ?

Er det noe du skulle ønske du kunne gjøre mer av , i forhold til arbeidsoppgaver ?

Er det noe du skulle ønske du kunne gjøre mindre av, i forhold til arbeidsoppgaver ?

Kan du fortelle om en situasjon som har gjort inntrykk på deg ?

Opplever du noen faglige / etiske dilemmaer, og kan du si om hva de består av?

---

Kan du si noe om hvordan dere samarbeider på avdelingen ?

Hvilke arena kan du diskutere med dine kolleger?

Hvilke tema diskuterer dere på avdelingen ?

Hvor og til hvem kan du fortelle om dine opplevelser?

Hvordan stimulerer avdelingen til refleksjon over erfaringer ?

Hvilken veiledning har du fått som nyutdanna sykepleier ?

Hvordan legges det til rette for fagutvikling ?

Hva trenger du videre for å utvikle deg ?

Hva kan virke hemmende på din utvikling videre?

Vedlegg 3

## INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er blitt spurt om å delta i intervju i forbindelse med Grethe H Bjerga sin masteroppgave ved UIO, i Profesjonsetikk. Jeg er informert om at innholdet i intervjuet skal være mine opplevelser og erfaringer fra praksis som nyutdannet sykepleier.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd uten referanse til mitt navn. Disse vil bli oppbevart forsvarlig. Ved innlevering av masteroppgaven vil både diskettene og intervjuene bli slettet og makulert, senest høsten 2006.

Intervjuet er frivillig og jeg kan når som helst trekke meg.

De opplysninger jeg gir, skal ikke kunne føres tilbake til meg som person.

Hvis jeg har kommentarer etter intervjuet kan jeg kontakte Grethe H. Bjerga. Hun kan også kontakte meg med samme begrunnelse og vi kan bli enige om et nytt intervju.

Min underskrift her viser at jeg ønsker å delta i intervjuet på disse premisser.

Dato-----

Sykepleier:-----

-----

Grethe H. Bjerga

Vedlegg 4